



Universidade de Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana



A Intervenção Psicomotora na Casa dos Professores de Carcavelos

Relatório de Estágio elaborado com vista à obtenção do Grau de
Mestre em Reabilitação Psicomotora

**Orientador: Professora Doutora Ana Cristina
Guerreiro Espadinha**

Júri:

Presidente

Doutora Ana Paula Lebre dos Santos Branco Melo, Professora Auxiliar da
Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa

Vogais

Doutora Ana Cristina Guerreiro Espadinha, Professora Auxiliar da Faculdade de
Motricidade Humana da Universidade de Lisboa

Doutor Marco Paulo Maia Ferreira, Professor Auxiliar convidado da Faculdade de
Motricidade Humana da Universidade de Lisboa

Sofia da Silva Reis

2017

*“Some people are old at 18 and some are young at 90. Time
is a concept that humans created.”*

Yoko Ono

Agradecimentos

A todos os que durante o período de estágio me ajudaram, inspiraram e motivaram a fazer sempre mais e melhor gostaria de deixar um profundo agradecimento pelas partilhas e contributos dados, que foram fundamentais para construir o caminho percorrido ao longo desta etapa.

Em primeiro lugar gostaria de agradecer à Dr.^a Daniela Dias, orientadora local, por toda a ajuda, dedicação, disponibilidade, dúvidas colocadas e amizade que me ajudaram a crescer pessoal e profissional e a defender e representar a minha profissão.

Gostaria também de agradecer à Dr.^a Cristina Espadinha, orientadora da FMH, pela ajuda e ideias dispensadas durante o estágio e no desenvolver deste trabalho.

A todos os residentes que me receberam, acreditaram no meu trabalho, que se mostraram disponíveis para participar nas atividades propostas e por me ensinarem que a relação fora das sessões é tão importante como a relação nas sessões.

Aos dirigentes, técnicos e colaboradores da *Casa dos Professores de Carcavelos*, que sempre mostraram disponibilidade para as minhas dúvidas e por me incluíram na equipa.

À minha família, pelo apoio e força que me deram nos momentos mais difíceis, acreditaram sempre no meu sucesso e por me partilharem ideias de atividades.

Aos meus amigos por todo o apoio, pela troca de ideias e experiências, pela paciência, pela motivação e também pela ajuda na elaboração de materiais.

Aos meus atuais locais de trabalhos por toda a compreensão e apoio dados nesta fase final.

Por fim gostaria ainda de agradecer ao Grupo de Serenatas da Faculdade de Motricidade Humana por aceitarem o convite e se disponibilizarem a fazer uma atuação na Casa dos Professores de Carcavelos e por nos encantarem a todos, como é habitual.

Muito obrigada, quando percorrermos um caminho em conjunto é sem dúvida mais fácil e proveitoso. Com a vossa ajuda consegui refletir e aprender muito mais.

Resumo

Este relatório pretende descrever as atividades de estágio desenvolvidas no âmbito do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais, da Faculdade de Motricidade Humana na *Casa dos Professores de Carcavelos* no ano letivo 2015/2016. O estágio teve momentos de observação, de avaliação e de intervenção psicomotora na área do envelhecimento normal e patológico. O relatório está dividido em duas partes, a primeira de revisão de literatura focada no envelhecimento, nas alterações adjuvantes e na intervenção psicomotora nesta população e a segunda diz respeito à parte prática do estágio, com dois estudos de caso, um individual e um de grupo.

Em cada estudo de caso é descrito o processo de avaliação através do Exame GerontoPsicomotor, o plano de intervenção, os resultados e uma análise crítica ao processo. Depois de apresentadas as avaliações foi possível verificar a importância da intervenção psicomotora já que esta permitiu, na maioria dos casos, manter e/ou melhorar alguns aspetos psicomotores inerentes ao envelhecimento normal e patológico.

Palavras chave: Envelhecimento, Perturbações Neurocognitivas, Idoso, Gerontopsicomotricidade, Casa Dos Professores em Carcavelos.

Abstract

This report aims to describe the internship developed for the Master degree in Psychomotor Rehabilitation, in the Area of Deepening Professional Skills at Faculdade de Motricidade Humana, developed at the *Casa dos Professores de Carcavelos* during the year of 2015/2016. In the internship, there was moments of observation, evaluation and psychomotor intervention in the area of normal and pathological ageing were conducted. This report is divided in two major parts, the first covers a review of the literature concerning ageing and psychomotor interventions on this target population and the second describes the practice including two case studies, a group and an individual.

For each case study the evaluation process through the Elderly Psychomotor Examination, goals, psychomotor intervention, results and a critical analysis of the process is described. After the evaluation was possible to demonstrate the importance of this intervention, allowing the maintenance and/or improving some of the psychomotor domains affected by the normal and pathological ageing.

Key-words: Aging, Neurocognitive disorders, Psychomotor alterations, Psychomotor therapy of aging, Casa Dos Professores em Carcavelos

Índice Geral

Agradecimentos.....	iii
Resumo	v
Abstract	v
Índice Geral	vii
Índice de Tabelas	viii
Índice de Figuras.....	viii
Introdução	1
I - Enquadramento da prática profissional.....	3
1 Envelhecimento	5
1.1 Alterações Biológicas e Fisiológicas	7
1.2 Alterações Físicas	12
1.3 Alterações Cognitivas	14
1.4 Alterações Sensoriais	16
1.5 Alterações Sócio Afetivas	18
1.6 Alterações Psicomotoras	20
2 Intervenção Psicomotora	24
2.1 Intervenção Psicomotora no Processo de Envelhecimento.....	26
2.2 Avaliação Psicomotora em Gerontopsicomotricidade	30
2.2.1 Exame Geronto-Psicomotor.....	32
II - Realização da prática profissional na Casa dos Professores de Carcavelos .	39
1 Casa dos Professores de Carcavelos	41
1.1 Missão e Valores	42
1.2 Funcionamento da Instituição	43
1.3 Recursos	45
1.3.1 Espaço físico	45
1.3.2 Equipa Técnica.....	48
2 Intervenção Psicomotora na Casa dos Professores de Carcavelos	48
2.1 Procedimentos éticos	50
2.2 Análise de caso Grupo.....	50
2.2.1 Principais alterações psicomotoras Grupo.	53
2.2.2 Avaliação Inicial Grupo.	54
2.2.3 Programa de Intervenção Psicomotora Grupo.	55
2.2.4 Avaliação Final Grupo.....	58
2.2.5 Análise de Intervenção Grupo.....	62
2.2.6 Reflexão Crítica sobre o caso Grupo.	64
2.3 Análise de caso Luísa.....	66
2.3.1 Principais alterações psicomotoras Luísa.	66

2.3.2	Avaliação Inicial Luísa.	67
2.3.3	Programa de Intervenção Psicomotora Luísa.	68
2.3.4	Avaliação Final Luísa.	70
2.3.5	Análise de Intervenção Luísa.	72
2.3.6	Reflexão Crítica sobre o caso Luísa.	73
2.4	Outras atividades Desenvolvidas no Estágio	74
2.4.1	Acompanhamento individual.....	74
2.4.2	Atividades Temáticas e Culturais na Casa dos Professores	75
2.4.3	Atividades fora da Instituição	77
Conclusão		79
Bibliografia.....		82
Anexos.....		87
Anexo A – Observação do dia na instituição		87
Anexo B – Observação da interação entre residentes		91
Anexo C – Observação das interações entre a psicomotricista e os clientes.....		96
Anexo D – Consentimento Informado.....		100
Anexo E – Plano de Intervenção Grupo.....		101
Anexo F – Exemplo de Plano de Sessão Grupo.....		106
Anexo G – Valores da Avaliação Inicial e Final Grupo.....		109
Anexo H – Plano de Intervenção Luísa.....		110
Anexo I – Slides da Comunicação “Grief in Psychomotor Therapy”		112

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Itens do EGP (adaptado Michel et al., 2011)	34
Tabela 2 – Atividades existentes na Casa dos Professores	45
Tabela 3 – Horário	49
Tabela 4 – Tabela síntese dos elementos pertencentes ao caso de grupo	51
Tabela 5 – Perfil psicomotor dos residentes do grupo.....	56
Tabela 6 – Avaliação Inicial e Final dos Elementos do Grupo.....	59
Tabela 7 – Perfil psicomotor da professora Luísa	68
Tabela E 1 – Plano de Intervenção do Caso de Grupo	104
Tabela G 1 – Valores Médios da Avaliação Inicial e Final Global com o EGP	109
Tabela H 1 – Plano de Intervenção da professora Luísa.....	111

Índice de Figuras

Figura 1 –Refeitório	46
Figura 2 – Biblioteca	46

Figura 3 – Sala de Estar	46
Figura 4 – Receção	46
Figura 5 – Sala de Reuniões.....	46
Figura 6 – Sala de Atividades	46
Figura 7 – Quarto Individual.....	47
Figura 8 – Casa de Banho	47
Figura 9 – Sala de estar do 2.º andar.....	47
Figura 10 – Espaço de Meditação.....	47
Figura 11 – Quarto duplo	47
Figura 12 – Horta Biológica.....	47
Figura 13 – Gráfico com os valores médios obtidos na Avaliação Inicial com o EGP pelos elementos do Grupo	54
Figura 14 – Comparação dos Valores Médios da Avaliação Inicial e Final Global com o EGP	60
Figura 15 – Avaliação Inicial da professora Luísa	68
Figura 16 – Comparação da Avaliação Inicial e Final da D. Luísa	71
Figura E1 – Perfil Psicomotor do professor Joaquim	101
Figura E 2 – Perfil Psicomotor da professora Carmo	101
Figura E 3 – Perfil Psicomotor do Engenheiro Artur	102
Figura E 4 – Perfil Psicomotor da professora Rita.....	102
Figura E 5 – Perfil Psicomotor da professora Maria	103
Figura E 6 – Perfil Psicomotor da professora Idalina.....	103
Figura E 7 – Perfil Psicomotor da Professora Elisabete	104

Introdução

O presente relatório encontra-se inserido no plano de estudos do 2.º ano do Mestrado em Reabilitação Psicomotora e surge no âmbito na unidade curricular de Atividade de Aprofundamento de Competências Profissionais, da Faculdade de Motricidade Humana na Universidade de Lisboa. Tem como objetivo apresentar as atividades de estágio realizadas na *Casa dos Professores de Carcavelos*. O período de estágio é referente ao ano letivo 2015/2016, tendo decorrido de outubro de 2015 a julho de 2016.

As atividades realizadas no âmbito do estágio têm como objetivos gerais aprofundar os conhecimentos quer científicos quer metodológicos na área da reabilitação psicomotora, sendo que nesta atividade de estágio o foco situa-se na gerontopsicomotricidade. Tem ainda como objetivo desenvolver uma competência reflexiva multidisciplinar, capacidade de planeamento, gestão e coordenação de serviços ou programas em diferentes contextos e áreas de intervenção da Reabilitação Psicomotora. Por fim, espera-se uma evolução da capacidade de inovação na conceção e implementação de novos conhecimentos, projetos, práticas profissionais e políticas, tendo como objetivo o desenvolvimento profissional e científico da psicomotricidade. Dentro da área profissional, e tal como o nome da unidade curricular indica, pretende-se que haja um treino e prática da profissão para que o aluno ganhe experiência e competências que permitam uma mais fácil inserção no mercado de trabalho através da intervenção psicomotora e relação com outros profissionais e a comunidade.

Como referido o estágio foi realizado na *Casa dos Professores de Carcavelos*, uma residência sénior e procura dar resposta às necessidades dos professores associados e dos seus familiares. A residência permite o alojamento, saúde e lazer dos residentes associados promovendo assim o bem-estar, a segurança e a qualidade de vida, através de atividades de âmbito sociocultural, recreativas e ocupacionais, que visem a promoção e manutenção das capacidades motoras e cognitivas.

De um modo geral, este relatório está dividido em duas partes distintas. A primeira parte dedicada ao enquadramento da prática profissional está dividida em três capítulos, iniciando-se com a descrição do processo de envelhecimento normal e patológico, bem como as alterações resultantes e especificando algumas das Perturbações Neurocognitivas pertinentes no âmbito da intervenção. Segue-se a segunda parte, em que há um enquadramento da prática profissional propriamente dita, no qual se descreve a intervenção psicomotora, a sua importância na intervenção com idosos e a

avaliação utilizada. O último capítulo diz respeito à prática profissional, onde se apresenta todo o processo inerente à intervenção psicomotora bem como reflexões acerca da mesma. Para terminar apresenta-se as conclusões.

I - Enquadramento da prática profissional

O enfoque dado ao envelhecimento nesta revisão da literatura tem como pressuposto o âmbito do estágio foi realizado na *Casa dos Professores de Carcavelos*, uma residência sénior. Serão abordadas as alterações relativas ao envelhecimento normal e patológico bem como a intervenção psicomotora nesta população.

1 Envelhecimento

Há muito que se fala no envelhecimento da população portuguesa devido à diminuição da taxa de natalidade e aumento da longevidade. O número de idosos ultrapassou o número de jovens a primeira vez no ano de 2000 e em 2014 por cada 100 jovens existiam cerca de 141 idosos (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2015). Este número é já superior ao verificado nos Censos de 2011, onde se verificou que por cada 128 idosos existiam apenas 100 jovens, sendo a zona Centro e Alentejo as que mais contribuíram para estes dados (INE, 2012). No contexto europeu, Portugal também é apontado com um dos países com o índice mais elevado de envelhecimento (INE, 2015).

O processo de envelhecimento é uma realidade biológica, mas dependente do conceito de cada sociedade, segundo Gorman (1999) referido pela Organização Mundial de Saúde [OMS] em 2002. Nos países ditos desenvolvidos, considera-se o início da velhice, tendo por base a idade cronológica, entre os 60 e os 65 anos apesar desta ter pouca ou nenhuma importância, dependendo do nível de desenvolvimento socioeconómico e cultural nos diferentes países (OMS, 2002). Deste modo, existe uma necessidade de não se considerar apenas a idade cronológica, uma vez que é apenas uma mensuração dos anos que decorreram até ao tempo atual, mas conjugar-se várias dimensões do envelhecimento: a idade cronológica, idade biológica, idade psicológica e idade social (Schneider e Irigary, 2008).

Pode-se mesmo considerar que no final da adolescência é iniciada uma progressiva perda de capacidades, a que todos os seres vivos estão expostos, o “processo biossocial de regressão” (Barreiros, 2006). Fonseca (2001a) refere o envelhecimento como uma “desmaturidade” declinativa, onde se vão perdendo as aquisições mais recentes, acontecendo o processo inverso do desenvolvimento da população idosa. Este autor considera ainda que estas transformações são um conjunto de “metamorfoses sequencializadas e faseadas” (Fonseca, 2001a, p.179).

Num sentido mais global, o envelhecimento, reflete todas as modificações que ocorrem num organismo ao longo da vida (National Institute on Aging, 2011). É um

processo fisiológico que resulta da interação de variados fatores endógenos e exógenos, como a genética, a idade, o período histórico em que se vive, a história pessoal e as respetivas condições de vida, danos acumulados e fatores nutricionais, entre outros. A variabilidade destes fatores, em interação com a componente genética de cada indivíduo, pode condicionar os distintos processos de envelhecimento (Oliveira, Rosa e Pinto, 2010; Rodrigues, 2010; Câmara Municipal de Évora – Divisão do Desporto [CME], 2008).

Juhel (2010) distingue dois processos de envelhecimento. O primeiro, o “dito” normal (senescência), onde existem as alterações típicas do envelhecimento e onde as possíveis patologias não têm um impacto negativo na funcionalidade e na qualidade de vida dos indivíduos. Existe um conjunto de modificações cognitivas, sensoriais, psicomotoras e psicossociais que estão associadas ao processo de envelhecimento e que acarretam consequências para a qualidade de vida da pessoa (Rodríguez, 2002).

O segundo tipo de processo de envelhecimento que Juhel (2010) refere é o patológico ou desviante, onde a conjugação de diferentes fatores, incluindo um quadro de doença, coloca o geronte num estado de maior debilidade com impacto na sua funcionalidade e qualidade de vida. Rodrigues (2010) refere ainda que este envelhecimento está diretamente relacionado com o tipo de doenças associadas: cognitivas que limitam o geronte; colesterol; diabetes; cataratas; doenças cardiovasculares; entre outras.

A demência é normalmente progressiva ou crónica e é provocada por uma degeneração cerebral, que acarreta algumas dificuldades cognitivas e alterações do comportamento com impacto na funcionalidade do sujeito (Woodford, 2007). Para este autor, entre as causas mais comuns de demência estão a Doença de Alzheimer (50% a 60%), seguida pela Demência Vascular e Mista (20% a 40%).

Com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* na sua quinta edição de 2013 (DSM 5) da American Psychological Association (APA) a utilização do termo *dementia* (demência em português) torna-se ainda mais específico das perturbações neurológicas do envelhecimento, tendo sido substituído pelo termo *neurocognitive disorder*, traduzido por perturbações neurocognitivas, (especialmente para indivíduos mais jovens), que é caracterizado pelo declínio de uma ou mais funções cognitivas (atenção, aprendizagem, memória, linguagem, interação social, gnosias, praxias ou funções executivas) com intensidade suficiente para interferir no desempenho social, profissional ou no dia-a-dia do indivíduo.

Os conceitos de envelhecimento e demência surgem frequentemente associados, algo que poderá ser explicado pelo aumento da prevalência de síndromes demenciais a partir dos 60 anos de idade (Ferri et al., 2005).

Em Portugal a população com demência, foi estimada pela *Alzheimer Europe* como sendo de 182526 de pessoas em 2012, o que representa 1.71% da população total. Este valor estava acima da média Europeia que era de 1.55% (Alzheimer Europe, 2014).

A doença de Alzheimer é a principal causa da demência, registando 50 a 75% dos casos (Alzheimer's Disease International, 2009; Santana, Farinha, Freitas, Rodrigues e Carvalho, 2015). Esta é caracterizada, sumariamente, por uma diminuição da capacidade cognitiva, especialmente da memória a curto prazo, e desorientação espacial, trazendo dificuldades para as inúmeras atividades do dia-a-dia (Nordon, Guimarães, Kozonoe, Mancilha, Neto, 2009).

Desta forma, serão de seguida abordadas várias alterações decorrentes de um envelhecimento normal, com demência e doença de Alzheimer, os casos mais prevalentes no contexto da intervenção do estágio.

1.1 Alterações Biológicas e Fisiológicas

Como referido anteriormente, o envelhecimento é um conjunto de processos dinâmicos e complexos, progressivos. Estes processos não afetam de modo igual todos os órgãos, sendo a deterioração mais rápida nos tecidos elásticos – aparelho respiratório, circulatório e pele – e mais lenta nos tecidos nervosos (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2004).

Com o envelhecimento, ocorrem algumas alterações no **sistema respiratório**, que é considerado pelos investigadores como um dos que apresenta um maior declínio visto ser o que está mais exposto aos poluentes ambientais, mas também é um dos que melhor se mantém devido ao seu uso constante (Spirduso, Francis e MacRae, 2005). Observa-se uma mudança das estruturas dos pulmões e das vias respiratórias, i.e. modificações no volume dos pulmões e das suas capacidades, perda de elasticidade da membrana pulmonar, diminuição da força dos músculos respiratórios, aumento da rigidez da parede torácica e diminuição da eficiência de trocas gasosas e oxigenação. Verifica-se uma diminuição na capacidade de absorção de oxigénio e de expulsão de dióxido de carbono, o que se traduz numa diminuição da capacidade vital do processo respiratório (Astrand et al., 1973 cit. in Silva, 2006; CME, 2008; Spirduso et al., 2005).

No **sistema cardiovascular** não se registam alterações significativas no volume de sangue, na sua composição ou nos seus componentes. Verifica-se sim o aumento da rigidez e espessura das paredes dos vasos sanguíneos; aumento da pressão sanguínea sistólica e diastólica; diminuição da sensibilidade do coração e do sistema vascular aos estímulos e aumento da massa cardíaca (Spence, 1995; Spirduso et al., 2005). A recuperação de um exercício máximo é mais lenta porque apesar da frequência cardíaca aumentar, a frequência cardíaca máxima diminui. A postura hipotensa pode provocar tonturas, confusão, fraqueza e até mesmo desmaio (Spirduso et al., 2005).

As alterações estruturais ou funcionais mais patentes nos sistemas acima referidos estão relacionadas com doenças e não com os processos normais do envelhecimento, já que o funcionamento do sistema pulmonar em repouso ou em esforço moderado bem como a função cardíaca em repouso são adequadas (Spirduso et al., 2005). Lakatta (1993) referido em Silva (2006) argumenta que as pessoas idosas sem patologias mantêm a sua capacidade de resposta a esforços ortostáticos, térmicos e físicos. Spirduso et al. (2005) alegam que o envelhecimento tem efeitos inevitáveis nestes sistemas. Um estilo de vida mais sedentário acelera o seu declínio e em contrapartida a prática de o exercício físico adequado adia os danos causados. Assim, sugerem exercícios de resistência, força, equilíbrio e flexibilidade como o melhor programa de exercício para a diminuição das taxas de morbilidade e mortalidade e manutenção das funções (Spirduso et al., 2005).

No **sistema digestivo**, o volume de saliva diminui em muitos idosos devido a algumas doenças ou medicamentos, traduzindo-se numa boca mais seca, o que dificulta a mastigação e a deglutição (Spence, 1995). Segundo o mesmo autor, a perda de dentes é uma grande preocupação das pessoas idosas. Esta perda aumenta o alojamento de bactérias e de comida que podem causar infeções. A alteração da consistência da alimentação pode levar uma dieta não equilibrada e ao desenvolvimento de má malnutrição. Verifica-se a diminuição da secreção das glândulas digestivas e a membrana mucosa que reveste o estômago e os intestinos torna-se mais fina, o que provoca a diminuição de ácido clorídrico e de enzimas no estômago e no intestino delgado. Ainda segundo o mesmo autor, existe também uma redução da área onde a absorção ocorre. A flora bacteriana do intestino grosso é afetada com a redução da secreção de ácido clorídrico podendo-se traduzir em consequências nutricionais. Geralmente, a incidência de sintomas gastrointestinais aumenta com a idade e pode verificar-se a perda de apetite, arrotos e azia, entre outros já mencionados anteriormente (Spence, 1995).

Spence (1995) aborda ainda algumas alterações no **sistema urinário**. Ao nível dos rins não é usual ocorrerem modificações, mas por vezes reduzem a sua eficácia. Verifica-se uma redução da superfície glomerular através da qual ocorre a filtração, o que se traduz numa diminuição das taxas de filtração glomerular. Os túbulos renais também sofrem algumas alterações degenerativas, diminuindo a sua capacidade de absorver algumas substâncias tais como a água, o sódio, o potássio e a glucose. O mesmo autor refere ainda que o volume de sangue que flui através dos rins diminui o que afeta o seu funcionamento nos idosos.

Ao nível do **sistema musculoesquelético**, com o avançar da idade, é notório um declínio progressivo na massa muscular esquelética ou sarcopénia (Cruz-Jentoft et al., 2010; Spence, 1995; Spirduso et al., 2005) que se pode traduzir numa redução gradual da resistência, força máxima, da potência, da velocidade, da flexibilidade e da precisão e coordenação dos movimentos (Spence, 1995; Silva, 2006). A sua etiologia está na disfunção ou perda neural, no decrescimento de estímulos anabólicos, nas doenças catabólicas (e.g. insuficiência cardíaca congestiva, artrite reumatoide, doença pulmonar obstrutiva crónica, etc.), na medicação (corticosteróides), malnutrição (proteína, vitamina D, etc.) ou a atrofia por desuso (Singh, 2002). Correia, Homens, Silva e Espanha (2006) alegam que estas mudanças levam a uma perda da capacidade muscular e que devido a uma menor estimulação mecânica, podem ter consequências negativas no tecido ósseo.

McPhee et al. (2016) registam uma diminuição da massa óssea que podem levar à osteopenia e à osteoporose ou fratura do osso. Existem também alterações na densidade e geometria do osso, nas hormonas reguladoras de cálcio, na diminuição da perfusão do tecido do osso (resultado de alterações do fluxo sanguíneo no mesmo), alterações das propriedades da massa mineral óssea, lentidão da atividade metabólica das células que produzem o osso (ou seja, não existe a substituição das fibras de colagénio), alterações nutricionais e inatividade física (Spence, 1995; Spirduso et al., 2005). A cartilagem das articulações torna-se mais fina e apresenta uma maior erosão das superfícies articulares (Spence, 1995). Um exemplo disto é a cartilagem dos discos intervertebrais, que tem a função de suporte do corpo, pode sofrer uma maior compressão podendo levar a quadros de dor e ou alterações funcionais. Gallande e Ozmun (2002) abordam ainda as alterações da curvatura da coluna e a menor flexibilidade articular.

A sarcopenia e a osteopenia afetam o anabolismo muscular podendo comprometer o equilíbrio, causar problemas na função locomotora, aumento do risco de osteoartrite e quedas/ fraturas, diminuindo assim a qualidade de vida dos idosos (Cruz-Jentoft et al. 2010; McLeod, Breen, Hamilton, e Philp, 2016; Spirduso et al., 2005; Wolfe, 2006).

Relativamente às alterações no **Sistema Nervoso Central** (SNC), ocorre a diminuição do peso e volume cerebral, desaceleração da capacidade de reação deste sistema (Gallande e Ozmun, 2002; Spence, 1995) e redução do número de neurónios. Estas últimas estão relacionadas com o défice cognitivo observado em pessoas idosas que se traduz maioritariamente na compreensão de textos, necessidade de mais instruções e menos extensas e de mais tempo para efetuar cálculos (Moraes, Moraes e Lima, 2010; Spence, 1995).

Observa-se também a redução do fluxo sanguíneo cerebral, volume ventricular exvacuo, número de neurónios e depósito neuronal de lipofuscina, degeneração neurofibrilar com comprometimento, degeneração neurofibrilar com comprometimento da neurotransmissão dopaminérgica e colinérgica e aparecimento de placas senis (Moraes, et al., 2010; Spence, 1995). Verifica-se a perda de neurónios sem serem substituídos, bem como das fibras de mielina, redução da matéria cinzenta e branca (Spence, 1995). Contudo a perda celular não é observada da mesma forma em todas as zonas corticais porque estas apresentam fenótipos diferentes, respondendo assim distintamente durante os processos de envelhecimento (Moraes, et al., 2010; Spence, 1995). No cerebelo, por exemplo, cerca de 25% das células especializadas são perdidas durante o envelhecimento, que são responsáveis pelo equilíbrio e pela coordenação de movimentos. Contudo, existem neurónios cujos os axónios crescem para estabelecer novas sinapses de forma a compensar os danos e que podem de facto, exercer as funções dos neurónios perdidos (Spence, 1995).

O lobo frontal e, potencialmente, o lobo temporal medial são as regiões mais sensíveis às alterações do envelhecimento. As modificações dos órgãos dos sentidos (visão, audição, etc.) dificultam o acesso às informações e à aprendizagem (Cançado, Alanis, Horta, 2011). Segundo Moraes et al. (2010) a memória de trabalho, velocidade de pensamento e habilidades visuo-espaciais são as habilidades que sofrem declínio com a idade, já a inteligência verbal, atenção básica, habilidade de cálculo e a maioria das habilidades de linguagem mantêm-se estáveis. Estas alterações também serão abordadas mais à frente.

Em relação ao **sistema imunitário**, as células imunes inatas perdem alguma capacidade de comunicar entre si com a idade, o que torna mais difícil a sua reação a germes potencialmente nocivos chamados patógenos, incluindo vírus e bactérias. A inflamação é uma parte importante do nosso sistema imunológico inato, já que são vitais para combater a doença (National Institute on Aging, 2011). Segundo o mesmo instituto à medida que as pessoas envelhecem, tendem a ter inflamação crônica leve, que está relacionada a um risco aumentado de doenças cardíacas, artrite, fragilidade, diabetes tipo 2, deficiência física e demência, entre outros problemas.

As células T atacam as células infetadas ou danificadas diretamente ou produzem produtos químicos poderosos que mobilizam um exército de outras substâncias do sistema imunológico e células. Antes que uma célula T seja programada para reconhecer um germe nocivo específico, ela está em um estado "ingênuo"- naive. Depois de ser designada para combater uma determinada infeção, torna-se uma célula de "memória" (National Institute on Aging, 2011). Segundo o mesmo autor, com o envelhecimento o organismo produz menos células T naive que o torna menos capazes de combater novas ameaças à saúde. Estilos de vida muito stressantes contribuem para a imunossenescência, alterações negativas no sistema imunitário inato e adquirido relacionadas com a idade. A radiação, exposição química e exposição a certas doenças também podem acelerar a deterioração do sistema imunológico (National Institute on Aging, 2011).

As alterações biológicas e fisiológicas já identificadas são acrescidas em situações de envelhecimento patológico. No que diz respeito à **demência**, as células estão mais vulneráveis e por isso existem mais complicações no metabolismo de proteínas (Aarsland e Ballard, 2004). A literatura não é consensual, mas existem estudos que demonstram a maior probabilidade da doença cerebrovascular e de acidentes vasculares cerebrais (AVC) em pessoas com demência, ou por causa desta (Bunn et al., 2014). O risco de demência é maior em indivíduos com diabetes mellitus (Fan, Hsu, Tung, Chou e Bai, 2017).

Acredita-se que a **doença de Alzheimer** não seja causada por defeitos em genes isolados, mas sim por variações em um grande número de genes e suas interações complexas que, em última instância, contribuem para o amplo espectro de fenótipos da doença. Este autor defende ainda que as doenças nas quais o mesmo conjunto de vias bioquímicas são afetadas tendem a ocorrer umas com as outras (Ray, Ruan, Zhang, 2008), justificando assim a relação da doença de Alzheimer com as

doenças cardiovasculares (Ray et al. 2008, Toledo, et al., 2013) e com a diabetes (Ray et al., 2008).

Damasceno (1999) afirma que se verifica uma redução do metabolismo e do fluxo sanguíneo regional cerebral e uma redução bilateral e usualmente assimétrica do fluxo sanguíneo e do metabolismo nas regiões temporais ou temporoparietais. Numa fase inicial da doença de Alzheimer pode verificar-se um menor funcionamento do hipocampo e do córtex entorrinal (Damasceno, 1999). Na fase mais terminal da doença de Alzheimer os indivíduos podem ter dificuldades de deglutição, sinais neurológicos (como mioclonias e crises convulsivas), incontinência urinária e fecal (Bottino et al., 2002).

De seguida serão apresentadas as alterações que se processam a nível físico.

1.2 Alterações Físicas

As alterações resultantes do envelhecimento a nível físico mais visíveis são o aparecimento de rugas, o aparecimento de manchas escuras na pele e a perda da pigmentação da pele e do cabelo, a pele torna-se mais flácida, podendo aparecer algumas verrugas (Zimerman, 2000). Segundo este autor, as veias tornam-se salientes nos membros e acentua-se o encurvamento postural. Verifica-se também perda de cabelo e o crescimento das unhas mais lento (Sousa, et al., 2004).

Há um embranquecimento, palidez, perda de brilho, uma diminuição da espessura e da elasticidade da pele, ficando esta mais rígida (Aubert e Albaret, 2001a; Netto, 2004; Sousa, et al., 2004; Ribeiro, Alves e Meira, 2009) traduzindo-se em alterações na qualidade e quantidade de informação sensorial recebidas (Aubert e Albaret, 2001a).

Verifica-se uma diminuição da massa muscular e da densidade óssea (Pereira, 2004), por isso há uma redução da estatura que cria um efeito de desproporção (o comprimento dos membros mantém-se, mas o do tronco diminui) pois existem alterações nos discos intervertebrais, redução da densidade mineral óssea (osteoporose), menos flexibilidade articular e um acentuamento da curvatura da coluna (Sousa et al., 2004; Spirduso et al., 2005; Gallande e Ozmun, 2002). O metabolismo fica mais lento (Zimerman, 2000), há uma diminuição da quantidade de água no corpo e o peso tende a aumentar com o aumento da massa gorda (Sousa et al., 2004; Pereira, 2004), apesar do apetite diminuir devido à diminuição de hormonas (Aubert e Albaret, 2001a).

O tecido conjuntivo no organismo também aumenta, perde-se gradualmente as propriedades elásticas dos tecidos conjuntivos, e há uma diminuição do consumo de oxigénio, bem como diminuição do processo respiratório, aumento da quantidade de gordura, diminuição da quantidade de sangue que o coração bombeia (braquicardia) e decréscimo do número e do tamanho das fibras musculares (CME, 2008). O risco de diabetes aumenta, bem como a tendência para perturbações cardiovasculares, osteoporose, cancro do cólon e da mama, acentuação das proeminências ósseas (ossos dos maxilares, maçãs do rosto, nariz), entre outros aspetos (Sousa et al., 2004).

As mudanças físicas inerentes ao envelhecimento afetam a mobilidade, a postura e existe uma diminuição da noção de equilíbrio, da rapidez de execução dos movimentos e do tônus muscular que podem reduzir a autonomia. Estas alterações estão interligadas indiretamente ao aumento de quedas na população idosa (WHO, 2007; Aubert e Albaret, 2001a).

As alterações físicas já identificadas são acrescidas em situações de envelhecimento patológico. A **demência** é das patologias do envelhecimento mais referenciadas na população idosa como causa para as quedas. Estas acontecem devido às alterações físicas inerentes que podem reduzir a autonomia e a independência funcional podendo levar, direta ou indiretamente, a quedas (Terroso, Rosa, Marques e Simões, 2014).

Na **doença de Alzheimer** verifica-se um declínio físico gradual que dificulta a realização de atividades de vida diária de forma autónoma, mas as ações automáticas, como a mastigação, são realizadas (Juhel, 2010). Estas alterações podem afetar a coordenação, a motricidade fina e a mobilidade dos indivíduos. Podem ainda existir alterações na marcha (como a diminuição da velocidade da marcha, redução no comprimento do passo e redução na largura do passo), diminuição da força de membros superiores e inferiores e alterações no controlo postural, aumentando o risco de lesões, quedas e fraturas (Zidan, et al., 2012). Todas estas mudanças estão associadas à perda de independência e qualidade de vida (Juhel, 2010, Zidan, et al., 2012).

Não se sabe ainda se estas alterações são devidas a dificuldades motoras ou a dificuldade em reproduzir as sequências mentais necessárias para a realização das tarefas (Juhel, 2010).

Em seguida abordamos as alterações cognitivas resultantes do envelhecimento.

1.3 Alterações Cognitivas

A deterioração das células nervosas e a diminuição da transmissão de impulsos entre as mesmas leva a alterações ao nível cognitivo que se podem verificar no aumento do tempo de reação, diminuição na velocidade de processamento da informação e menor nível de concentração para tarefas que incorporem várias informações em simultâneo, chamadas de tarefas complexas (Spence, 1995; Pereira, 2004; Juhel, 2010). Estas modificações podem resultar da falta de estimulação ou de doenças específicas que alteram o funcionamento destes processos (Pereira, 2004).

As alterações ao nível da memória devem-se em parte à perda de neurónios (Spence, 1995). Para este autor, existem três tipos de memória, a memória a curto-prazo, memória intermédia e a memória de longo prazo. A primeira dura apenas alguns minutos, a segunda pode durar algumas horas e a memória de longo prazo requer algumas horas ou dias para se formar, mas pode conservar-se toda a vida e é a menos afetada com a idade.

Marquié e Isingrini (2001) apresentam algumas alterações da memória com o envelhecimento. Verifica-se uma alteração significativa na memória de trabalho, principalmente quando o trabalho mental está envolvido, comprometendo a aquisição de conhecimentos (Juhel, 2010). A memória episódica pode ser dividida em evocação livre, evocação com pistas e reconhecimento, sendo a primeira sujeita a maiores alterações e a última a que menos sofre alterações com o envelhecimento.

Segundo Marquié e Isingrini (2001) não se verificam grandes alterações ao nível da memória semântica que está ligada à linguagem. As alterações da linguagem e do tratamento textual que se verificam no envelhecimento podem estar ligadas à velocidade no tratamento de informação, para o primeiro caso, e das alterações da memória de trabalho para o segundo. Relativamente à memória não declarativa podem considerar-se dois aspetos: memória de procedimentos e a memória evocada por pistas. A primeira diz respeito a habilidades aprendidas, como por exemplo tarefas como andar de bicicleta, e são observadas alterações principalmente quando um movimento não é familiar. São observadas mais alterações na primeira do que na memória evocada por pistas (Marquié e Isingrini, 2001).

De acordo com Marquié e Isingrini (2001) a inteligência é uma função cognitiva fundamental para a resolução de problemas, através de conhecimentos adquiridos (contidos na memória) ou da elaboração de novas estratégias. Um modelo explica-a e

divide-a em dois fatores: a inteligência cristalizada e a fluída. Segundo os mesmos autores, a primeira está relacionada com os conhecimentos adquiridos através da prática e da educação. Ela manifesta-se em tarefas conhecidas que impregnam o contexto sociocultural, tal como o vocabulário, as competências numéricas e a fluência verbal. A segunda compreende as habilidades de raciocínio que não dependem da experiência adquirida. Este é o tipo de inteligência mobilizada para a resolução de novos problemas em tarefas que envolvem as capacidades de atenção, a formação de conceitos e a discriminação de relações entre conceitos (Marquié e Isingrini, 2001).

Ao contrário da primeira, a inteligência fluída é independentemente do contexto sociocultural e tem implícitos a capacidade de memória de trabalho e o raciocínio inferencial (Marquié e Isingrini, 2001). Usualmente, são verificadas alterações das capacidades intelectuais com o envelhecimento e apesar de algumas capacidades, como a inteligência cristalizada, serem preservadas observa-se uma deterioração da inteligência fluída, como por exemplo no raciocínio inferencial, segundo os mesmos autores. As alterações nas funções executivas advêm das alterações na inteligência fluída já que integram um conjunto de capacidades de resolução de problemas, inibição de resposta, planeamento, abstração e processamento de informações (Moraes, et al., 2010).

O impacto das alterações no sistema nervoso não é igual em todas as pessoas e varia consoante as zonas mais afetadas (Spence, 1995). As habilidades mais afetadas segundo Moraes et al. (2010) são a memória de trabalho, a velocidade de pensamento e as habilidades visuoespaciais. Estas não impedem o desempenho dos idosos, mas podem causar um grande impacto na sua qualidade de vida, especialmente se o ambiente e as atividades não forem conhecidos (Aubert e Albaret, 2001a; Juhel, 2010). Moraes et al. (2010) referem ainda outras habilidades que se mantêm constantes como a inteligência verbal, atenção básica, habilidade de cálculo e a maioria das habilidades de linguagem. Estes evidenciam ainda a grande dificuldade no limite das alterações cognitivas consideradas normais das patológicas.

As alterações cognitivas já identificadas são acrescidas em situações de envelhecimento patológico. Segundo a APA (2013) nas **perturbações neurocognitivas** verifica-se sempre comprometimento a nível cognitivo, tais como défices de atenção, comprometimento das funções executivas, deterioração ao nível da aprendizagem e memória, dificuldades na linguagem (nomeação, fluência), perceção motora e cognição social.

Ao nível da **doença de Alzheimer**, na fase inicial verificam-se dificuldades na memória e na aprendizagem, podendo também existir dificuldades nas funções executivas. Já numa fase mais avançada verifica-se dificuldades ao nível visuoespacial/ perceptivo-motor e na linguagem. Não é usual a cognição social e a memória processual sofrerem alterações com doença de Alzheimer, mantendo-se preservadas ao longo do tempo (APA, 2013).

Juhel (2010) escreve sobre a dificuldade de ter um discurso coerente devido à perda do significado das palavras e refere a expressão não verbal (mímica) como de grande importância para estes indivíduos que apresentam algumas dificuldades na linguagem.

1.4 Alterações Sensoriais

Zimmerman (2000) refere a perda progressiva da visão, da audição, do olfato e do paladar como as maiores alterações a nível sensorial com o envelhecimento, que por sua vez afetam a atividade psicomotora do indivíduo (Juhel, 2010).

Com o envelhecimento verifica-se uma acentuada dificuldade na comunicação e integração entre os **sistemas sensoriais vestibular e músculo-esquelético**, que, consequentemente originam a diminuição da capacidade do indivíduo manter o equilíbrio. Verificando-se uma maior dificuldade para contrariar a força da gravidade, especialmente em situações inesperadas como a marcha num piso instável ou a transposição de obstáculos (Spirduso et al., 2005; Juhel, 2010).

A **visão** continua a ser essencial para o controlo do equilíbrio, apesar das alterações verificadas (Spirduso et al., 2005; Júnior e Barela, 2006). Pensa-se que o número de fotoreceptores é reduzido e em conjunto diminui a acuidade visual central e periférica, encurtando o campo de visão tanto na amplitude como na profundidade (Spence, 1995; Juhel, 2010). A córnea torna-se mais rígida, traduzindo-se na diminuição da capacidade de focar os objetos, que em conjunto com a diminuição da velocidade de processamento visual levam a uma perda gradual da capacidade de ver com precisão os objetos, podendo esta ser necessária, por exemplo, para a condução em cidades movimentadas (Spence, 1995; Aubert e Albaret, 2001a).

O aumento da opacidade do humor vítreo e da constrição da pupila diminuem a quantidade de luz que entra pela retina, sendo por isso necessário o aumento da luz para suprir estes efeitos. Estas alterações aumentam a probabilidade de desenvolver glaucoma (Spence, 1995). A adaptação aos diferentes graus de luminosidade torna-se

mais difícil devido à diminuição dos recetores e da sensibilidade ocular (Aubert e Albaret, 2001a). As lentes tornam-se mais amarelas e menos transparentes o que dificulta a distinção de algumas intensidades de cores e de contrastes (Spence, 1995; Juhel, 2010).

As alterações relacionadas com o envelhecimento no ouvido externo e médio não afetam a **audição** (Spence, 1995). Já as alterações nas estruturas do ouvido interno (degeneração de células nervosas na cóclea) parecem afetar tanto a discriminação dos sons e ritmos como a intensidade em que se ouve o som, diminuindo assim a acuidade auditiva (Spence, 1995; Juhel, 2010). Spence (1995) afirma que a acumulação excessiva de cera é responsável pela perda de audição especialmente os sons de baixa frequência e Juhel (2010) menciona as dificuldades em ouvir os sons do quotidiano e na distinção das letras e palavras com sons parecidos. Estas alterações tornam a comunicação mais difícil e podem levar ao isolamento social que falaremos mais à frente (Juhel, 2010).

Spence (1995) relembra ainda que o nervo vestibulo-coclear se divide, uma das partes está associada à audição e a outra ao balanço e equilíbrio. A diminuição do número de células nervosas e as alterações no sistema vestibular tem impacto negativo no equilíbrio e balanço.

A nível **táctil**, devido às alterações das características da pele e à diminuição dos recetores táteis, verifica-se uma diminuição da discriminação de pequenas características dos objetos (Aubert e Albaret, 2001a). Verifica-se também uma perda de sensibilidade à vibração, principalmente nas extremidades, e uma diminuição da receção dos estímulos externos e da sua qualidade (Aubert e Albaret, 2001a; Juhel, 2010).

Com o envelhecimento há uma diminuição da percepção do **paladar** devido à diminuição das papilas gustativas e à alteração da percepção das sensações gustativas no sistema nervoso. Outras alterações como a diminuição da saliva produzida, o aumento da sua viscosidade e alterações na língua estão relacionadas com alterações no paladar. O tabaco também diminui a percepção do paladar e este sentido é muito importante para a manutenção de uma alimentação equilibrada (Spence, 1995).

Relativamente ao **olfato**, as células sensoriais olfativas que se degeneram com o tempo nem sempre são substituídas, como os neurónios nos bulbos olfativos que diminuem com o envelhecimento (Spence, 1995). Assim, com o envelhecimento a sensibilidade aos odores diminui (Aubert e Albaret, 2001a), registando-se um declínio olfativo gradual e uma diminuição na identificação dos cheiros (Spence, 1995). É dada

especial atenção a este sentido uma vez que afeta a qualidade de vida do idoso, como por exemplo, na não detenção de cheiros tóxicos, ingestão nutricional inadequada e na diminuição da capacidade de experimentar os prazeres associados ao desenvolvimento social e cultural de comer (Mesholam, Moberg, Mahr e Doty, 1998).

As alterações sensoriais já identificadas são acrescidas em situações de envelhecimento patológico. Ao nível da **demência** registam-se alterações sensoriais durante o envelhecimento. Bunn et al. (2014) apresentam alguns estudos que ligam as alterações visuais a demência. A perda precoce de discriminação olfativa também tem sido associada a várias demências (Caous et al., 2015).

Na **doença de Alzheimer**, ao nível da visão regista-se a perda da discriminação de imagens bem como na perceção da sua profundidade (National Institute on Aging, 2011). Ao nível da audição existem dificuldades na interpretação do que é ouvido, apesar de não se verificarem alterações (Gilbert e Murphy, 2004; National Institute on Aging, 2011). O reconhecimento do cheiro é a maior dificuldade apresentada ao nível das alterações do olfato (Mesholam et al., 1998).

1.5 Alterações Sócio Afetivas

O envelhecimento interfere no relacionamento social do idoso devido a fatores psicofísicos e de natureza sociocultural (Mota, 2010), desencadeando alterações sócio-afetivas que modificam o estado do idoso e a sua relação com os outros (Zimerman, 2000). A mudança de papéis na família, no trabalho e na sociedade, as perdas de poder de decisão bem como as mudanças na estrutura familiar (como a perda de familiares próximos, e.g. viuvez, a saída de casa/cidade dos filhos ou netos, etc.), a entrada na reforma, originam muitas vezes a perda de contactos sociais e o sentimento de inutilidade com a perda de autonomia económica (Zimerman, 2000, Costa, Miguel e Pimenta, 2007; Juhel, 2010; Camarano, 2016).

No seguimento do que foi dito, o facto de serem muitas vezes construídos estereótipos e mitos a respeito deste grupo etário, faz com que os gerontes sejam desvalorizados e subestimados, encarando-os como sinónimo de doença, incapacidade produtiva, solidão, depressão e isolamento (Mota, 2010). Tais preconceitos podem levar a um agravamento da imagem que o idoso possui acerca de si mesmo e à forma como os outros o encaram podendo originar nestes, crises de identidade, diminuição da autoestima, atitudes infantis, sensação de estorvo para a família, falta de motivação, dificuldade de adaptação a novos papéis sociais e a mudanças (Mota, 2010).

Costa et al. (2007) defendem que estas alterações demonstram uma falta de inserção do idoso na sociedade podendo levar à incapacidade de desempenhar atividades desejadas, tarefas do dia-a-dia, o que também se pode traduzir num isolamento social e consequente diminuição da qualidade de vida. Fatou e Garcia (2013) alertam para as diferenças entre os homens e as mulheres devido ao conceito de género construído socialmente que incute diferentes formas de envelhecer aceites para os dois géneros.

Para Costa et al. (2007) o isolamento social conduz à falta de afeto, falta de reconhecimento, ausência de realização pessoal e de perspetivas. Para atenuar esta situação Juhel (2010) aconselha a manutenção dos amigos. São sugeridas atividades em que o idoso conviva, de modo a conhecer outras pessoas e de se redescobrir, tendo igualmente a oportunidade de vencer desafios, motivando-se, tal como a dança (Costa et al., 2007).

Ao longo do processo de envelhecimento é comum a perda de alguém querido, iniciando-se assim um processo de luto, que pode ser o evento mais stressante da vida de uma pessoa (Todd e Baker, 1998). O Modelo de Kübler-Ross (2000) propõe cinco estádios que as pessoas têm que passar para lidar com a perda. São eles o choque e a negação, a raiva, a negociação, a depressão e por fim a aceitação. No DSM 5 os sintomas do processo de luto podem ser separados dos sintomas dos episódios depressivos major (APA, 2013).

As alterações sócio afetivas já identificadas são acrescidas em situações de envelhecimento patológico. Num estádio mais inicial de **demência** surgem alterações de humor, podendo chegar a reagir com raiva ou agressividade (Juhel, 2010; WHO, 2012).

A pessoa com **doença de Alzheimer** está muitas vezes menos expressiva ou apática e pode rapidamente perder o interesse pelas atividades que lhe causavam grande satisfação. Surgem muitas alterações de ansiedade e quando tomam consciência da sua degradação cognitiva há uma maior tendência para a depressão (Juhel, 2010).

Depois de verificadas a importância da comunicação e interação para evitar a carência afetiva e emocional, serão apresentadas as alterações psicomotoras.

1.6 Alterações Psicomotoras

Todas as alterações ao longo da vida são inevitáveis e atingem todas as áreas do comportamento humano e como tal a psicomotricidade. As mudanças nesta área são denominadas de processos de retrogénese. Este conceito corresponde ao processo pelo qual a organização psicomotora sofre um processo de involução em todas as manifestações do seu comportamento (motoras, percetivas, cognitivas ou socioeconómicas), dá-se do córtex à medula, uma degeneração sistémica da praxia fina à tonicidade, do mais complexo ao mais simples, do mais voluntário ao mais automático (Fonseca, 2001a).

Algumas das mudanças que decorrem do processo de envelhecimento, supracitadas nos outros capítulos, encontram-se intimamente relacionadas com as alterações ao nível psicomotor (Aubert e Albaret, 2001a). Estas alterações nas funções motoras e psicomotoras são, primeiramente sobre as limitações da força, resistência, flexibilidade, velocidade e amplitude de movimentos, mas também sobre a diminuição da capacidade de tratamento da informação, principalmente ao nível da atenção, processos de seleção e programação da resposta motora (Aubert e Albaret, 2001a). Estas mudanças têm repercussões ao nível dos fatores psicomotores da tonicidade, equilíbrio, esquema-corporal, organização espacial e temporal e motricidade global e fina (Juhel, 2010; Jiménez e Garcia, 2011).

A Tonicidade é um fator progressivamente afetado, mas é o último a ser desintegrado. Verifica-se ao nível dos membros uma menor extensibilidade e rigidez paratónica (i. e. resistência aos movimentos passivos) e uma diminuição dos mecanismos de referência e vigilância propriocetiva (Fonseca, 2001a). Assim, pode verificar-se hipo ou hipertonicidade (Juhel, 2010). O mesmo autor acrescenta que a respiração também sofre alterações com o processo de envelhecimento, pois deixa de ser controlada e consciente.

Como supracitado o equilíbrio é um fator que sofre alterações durante o envelhecimento que tanto podem ser devido a alterações neurológicas, como físicas ou associadas à perda de visão (Spence, 1995; Aubert e Albaret, 2001a; Spirduso et al., 2005; Júnior e Barela, 2006, WHO, 2007). Segundo Juhel (2010) as pessoas idosas reagem às perdas de equilíbrio com rigidez dos músculos em vez de usarem a sua flexibilidade.

Estes desequilíbrios são mais frequentes quando o idoso executa duas tarefas em simultâneo, quando ocorre alterações de postura, alterações ambientais e de piso (Juhel, 2010; Pereira, 2004). Como também já verificado, as alterações físicas e estruturais levam a uma maior dificuldade em gerir a postura face à força da gravidade, o que tem impacto na coordenação motora e no número de oscilações (Barreiros, 2006; Juhel, 2010).

Ao nível das alterações no equilíbrio estático com o envelhecimento denota-se uma modificação progressiva no apoio bipodal e unipodal, evidenciando-se um aumento da frequência e amplitude das oscilações no plano vertical e ântero-posterior do centro de gravidade mais acentuadas que as laterais. A maior dificuldade prende-se em controlar oscilações posturais quando o corpo está estático na vertical, principalmente no apoio unipodal (Aubert e Albaret, 2001a).

As alterações no equilíbrio dinâmico podem ter na sua génese a força muscular, dificuldades no processamento de informação e vertigens (Aubert e Albaret, 2001a; Barreiros, 2006). Estas alterações no equilíbrio têm como consequência uma marcha insegura, ou seja, há uma diminuição da coordenação na marcha (Núñez e González, 1997; Aubert e Albaret, 2001a), que adicionada com a diminuição do tempo de reação e a diminuição da eficiência anti gravítica aumentam o risco de quedas (Aubert e Albaret, 2001a).

Devido a outras alterações já mencionadas a imagem corporal altera-se com o passar dos anos, tal pode acontecer devido a um desvio na coluna, aumento da massa gorda no abdómen e nas ancas, modificação da pele, etc. A imagem corporal afeta o esquema corporal (Juhel, 2010). A deterioração deste também se pode dever à perda de sensibilidade e à diminuição do equilíbrio. Relacionadas com a imagem corporal e com a perceção acerca do seu próprio corpo estão as questões relacionadas com a autoestima. Quando os gerontes têm sentimentos negativos face à sua imagem corporal, têm geralmente uma autoestima mais baixa (Juhel, 2010).

Pelo contrário um melhor esquema corporal além de permitir ter uma melhor autoimagem também possibilita uma melhor organização dos movimentos no espaço (Juhel, 2010). Quando o idoso focaliza a sua atenção para os movimentos, reapropria-se do seu esquema corporal que lhe restaura uma maior liberdade de movimentos e consequentemente um melhor equilíbrio (Juhel, 2010).

Juhel (2010) e Aubert e Albarret (2001a) abordam as alterações na orientação espacial, i. e, na noção de localização do nosso corpo relativamente a um espaço e

também na localização das outras pessoas (Juhel, 2010). Na origem da desorganização espacial podem estar problemas visuais, a flexibilidade de integração do espaço e outros (Juhel, 2010) que, juntamente com a perda de noção espacial, da orientação espacial em espaços amplos e desconhecidos, provocam alterações de locomoção e na capacidade de movimento nos idosos (Aubert e Albaret, 2001a; Juhel, 2010). Juhel (2010) acrescenta ainda que com a perda da noção espacial sucede-se problemas com o esquema corporal.

Ao longo do envelhecimento verificam-se modificações na estruturação temporal. A perceção temporal é abstrata e sofre alterações na consciência do momento, na noção de simultaneidade e na noção de sucessão e ritmos (Juhel, 2010). Estes ritmos estão associados às atividades de vida diária e com o passar da idade a organização da ação é mais difícil devido à maior lentidão nas respostas (Pereira, 2004). A orientação temporal relaciona-se com a memória visto estar interligada com as experiências vividas e codificadas na memória de cada um (Juhel, 2010).

A motricidade global engloba alguns fatores alterados pelo envelhecimento que são especialmente o equilíbrio e a coordenação de movimentos rápidos, mas também na dissociação de movimentos, diminuição do tempo de reação, a perda de massa e força muscular, a diminuição da flexibilidade e da elasticidade e a diminuição da amplitude articular (Aubert e Albaret, 2001a; Juhel, 2010). Quando se verificam modificações na coordenação nos gerontes, há uma alteração nos movimentos automáticos e voluntários que vão influenciar os movimentos rápidos, específicos e complexos que são as praxias (Juhel, 2010). Os movimentos são descontrolados, descoordenados, rápidos e bruscos, tanto ao nível distal como proximal (Fonseca, 2001a).

A motricidade global é uma área bastante afetada pelo processo de envelhecimento, especialmente na coordenação de movimentos rápidos (Aubert e Albaret, 2001a). Juhel (2010) acrescenta como fatores impulsionadores a representação mental do movimento do esquema corporal, a orientação espacial e temporal e a perceção visual.

Ao nível da motricidade fina observa-se perda de sensibilidade, principalmente nas extremidades inferiores (Juhel, 2010), e os movimentos são cada vez mais trémulos e inseguros (Fonseca, 2001). Verifica-se uma perda da amplitude dos movimentos de pinça e de precisão dificultando, entre outros, a pega de objetos pequenos e a manutenção da escrita (Aubert e Albaret, 2001a).

Segundo Fonseca (1987) cit. in Rodríguez (2002) ao nível da demência, verifica-se uma desintegração do esquema corporal que afeta a imagem corporal. A distorção do esquema corporal afeta o esquema espacial, já que estes idosos têm grandes dificuldades em se localizar no espaço exterior bem como em localizar o seu próprio corpo. Também se verifica esta dificuldade para nomear as partes do seu corpo e do outro.

Renzi e Faglioni (1999) cit. in Rodríguez (2002) abordam as alterações nas praxias, ou seja, verificam-se perturbações nos movimentos complexos e voluntários expressas como dificuldades manipulativas, construtivas e de simbolização de movimentos e nas agnosias, onde se verificam problemas em reconhecer objetos, formas, sons, aromas, texturas, incluindo indivíduos e dedos da mão.

Segundo Rodríguez (2002) um dos aspetos que se encontra mais afetado com o processo de envelhecimento é a agilidade do movimento, sendo agravado pelo processo de demência.

Ao nível da Doença de Alzheimer observam-se limitações ao nível prático que conduzem a problemas tónicos (Aubert e Albaret, 2001b). Verificam-se alterações no equilíbrio, coordenação e controlo motor (Rodríguez, 2002) e existe a possibilidade de acontecerem deambulações (Aubert e Albaret, 2001b).

A degradação do esquema corporal nos idosos com Doença de Alzheimer tem como consequência a dificuldade de perceção e de orientação, impossibilidade de organizar um gesto adequado ao espaço, dificuldades motoras, dificuldades relacionais e a diminuição do cuidado com a sua higiene pessoal. Também são verificadas as mesmas dificuldades (acima descritas) em nomear e identificar as partes do seu corpo ou de localizá-las no espaço, o que demonstra uma imagem corporal distorcida. Também relativamente ao outro existe a dificuldade de identificar as partes do corpo (Rodríguez, 2002).

Como verificamos anteriormente a orientação temporal está relacionada com as experiências vividas e codificadas na memória de cada um (Juhel, 2010). Assim verificam-se mudanças ao nível da orientação espacial e temporal, já que se verificam alterações ao nível da memória. É notória uma maior desorientação porque o indivíduo tem dificuldades em se adaptar a novas situações (Juhel, 2010). Ao nível temporal verifica-se uma perda da noção do tempo e uma perturbação profunda dos ciclos de dia e noite, mantendo-se despertos à noite e sonolentos durante o dia (Juhel, 2010).

Ao nível da motricidade global, como há dificuldade em programar atividades também é difícil de realizar caso não estejam automatizadas (Juhel, 2010).

Nada motricidade fina também se verificam alterações que têm repercussões ao nível da escrita (Aubert e Albaret, 2001b). Os idosos começam a usar sobretudo a parte inferior da folha, há um aumento da quantidade de vezes que levantam o lápis da folha, um aumento da pressão do lápis, uma desadequação na força e precisão do traço, omissão ou trocas na ordem das letras e palavras, dificuldades em alinhar as letras e palavras do texto e do aumento do tamanho das margens na folha (Aubert e Albaret, 2001b).

São também verificadas alterações ao nível da atenção nos idosos com doença de Alzheimer que aumentam quanto maior for a informação dada (Aubert e Albaret, 2001b).

2 Intervenção Psicomotora

A psicomotricidade é uma ciência estruturada em diversas áreas do conhecimento, e que pretende desenvolver as faculdades expressivas e intelectivas do homem através do movimento (Vasconcelos, 2003). Sendo que a intervenção psicomotora se define como um meio de mediação corporal que possibilita ao indivíduo reencontrar o prazer sensório-motor através do movimento e da sua regulação tónico-emocional, permitindo o desenvolvimento dos processos simbólicos, num envolvimento lúdico e relacional (Martins, 2001).

A intervenção psicomotora pretende proporcionar aos sujeitos a possibilidade de reencontrarem a harmonia do seu EU e o prazer de o fazer funcionar colocando em jogo a sua faculdade de ser e de agir pelo corpo em relação, através do movimento (Martins, 2001). Segundo o mesmo autor isto significa que nesta intervenção se considera que as potencialidades motoras, emocionais e mentais de um indivíduo estão em constante interação e integração, e que o corpo é o universo de manifestações de todo o ser e, para perceber o que o corpo exprime, é necessário situá-lo nos diferentes contextos (Martins, 2001).

Assim, a prática psicomotora é unificadora, na medida em que liga o corpo e a atividade mental, o real e o imaginário, o espaço e o tempo, melhorando o potencial adaptativo do sujeito, ou seja, as possibilidades de realização nas trocas com o envolvimento (Martins, 2001). Fonseca (2010a) sublinha esta ligação entre a atividade psíquica e a atividade motora, afirmando que estas duas grandezas são indissociáveis

e que estão intimamente relacionadas com as informações sociais. Salienta também que a intervenção psicomotora se relaciona com a afetividade, inteligência e competências sociais.

Pode então dizer-se que a intervenção psicomotora é uma terapia de mediação corporal e expressiva, na qual se trabalham expressões motoras inadequadas (Fonseca, 2010a).

Esta terapia tem como objetivo desenvolver diferentes itens para aumentar as capacidades do sujeito, tendo como ponto de partida a relação ação/movimento e reflexão/pensamento, que encerra as funções cognitivas, socio-emocionais, simbólicas, psicolinguísticas e motoras, com o fim de capacitar o indivíduo a agir num ambiente psicossocial (Fonseca, 2010a). Neste sentido, podemos identificar como principais objetivos da intervenção psicomotora, segundo Aucouturier, Darrault e Empinet (1986, cit in Martins, 2001):

- A comunicação;
- A criação, através da capacidade pessoal de transformação;
- O acesso a um pensamento operatório, através do estabelecimento de relações lógicas entre a ação e o pensamento;
- Desenvolver as capacidades motoras, cognitivas, socioafetivas e desenvolver ainda a sua personalidade e a adequação social.

Para além destes objetivos, a intervenção psicomotora pressupõe ainda uma reorganização psíquica emocional e relacional do indivíduo; melhorar a conduta consciente bem como o ato mental que levam ao planeamento e execução do ato motor; consciencializar, simbolizar e conceptualizar sensações e perceções; desenvolver as capacidades motoras afetivo-relacionais e cognitivas, e por fim, promover a consciencialização corporal da relação entre a componente psíquica e a componente motora, de modo a melhorar a adaptabilidade do indivíduo (Fonseca, 2001b).

Segundo Fonseca (2001b), a intervenção psicomotora deve incluir as seguintes três abordagens:

- A abordagem multidisciplinar, que diz respeito a questões epistemológicas da investigação e questões relativas ao desenvolvimento psicomotor do indivíduo, com objetivo de dar significação mental a questões da motricidade humana;
- A abordagem multiexperiencial, onde a experiência do indivíduo vai mediatizar as relações entre o seu mundo interior e exterior;

- E a abordagem multicontextual, pois a intervenção deriva das interações que o indivíduo estabelece com o seu envolvimento.

Numa intervenção psicomotora o elemento mais importante é o corpo, o corpo em relação com o envolvimento e o corpo em movimento, uma vez que é através do corpo que se vai trabalhar as dificuldades do indivíduo (Martins, 2001). O autor salienta ainda outros elementos que também são fundamentais para o processo de intervenção, como o espaço físico onde decorre a sessão, o tempo e o ritmo desta, bem como os materiais que se utilizam. Segundo o mesmo autor tudo isto deve ser planeado e pensado para que haja uma boa intervenção.

O ambiente da sessão deve ser calmo, acolhedor, confortante, deve dar segurança ao indivíduo, ser estimulante e atrativo, devendo este constituir um local de prazer e desejo que possa ser explorado livremente. Aqui o terapeuta funciona como um mediador da relação do indivíduo com o envolvimento (Martins, 2001; Costa, 2008).

Relativamente aos objetos ou materiais utilizados, estes podem servir de mediadores, constituindo uma forma de comunicação entre o sujeito e o terapeuta, porém são também importantes devido à sua funcionalidade e utilidade prática, aspetos que vão estimular o pensamento simbólico (Martins, 2001).

É importante estimular a capacidade de iniciativa, espontaneidade, descoberta e criatividade, indo ao encontro das motivações e interesses do indivíduo, o que faz com que esteja mais motivado e se sinta mais confiante, aumentando assim a sua autoestima e consequentemente maximizando as suas competências e capacidades (Costa, 2008). Neste sentido, é ainda importante referir que para o sucesso da intervenção é fulcral existir uma boa relação terapeuta-cliente, e esta só se estabelece quando o terapeuta é aceite e desejado pelo sujeito e há uma identificação entre os dois (Martins, 2001).

Uma vez que o estágio se centrou nos idosos, é fundamental perceber a importância da intervenção psicomotora no envelhecimento normal ou patológico.

2.1 Intervenção Psicomotora no Processo de Envelhecimento

A intervenção psicomotora no envelhecimento, também apelidada de gerontopsicomotricidade, constitui uma técnica não farmacológica, que através de programas psicomotores pretende atrasar a deterioração psicobiológica associada a esta idade que dificulta a conservação da independência funcional (Nuñez e González, 2001).

Estes programas pretendem trabalhar aspetos ligados às atividades perceptivomotoras e capacidades relacionais, minimizando assim os processos de retrogénese psicomotora, i. e. a diminuição das capacidades cognitivas, a deterioração sensorial e perceptiva e as perturbações emocionais e afetivas (Nuñez e González, 2001). A intervenção psicomotora no idoso deve ir ao encontro das necessidades fundamentais para favorecer o funcionamento e a adaptação ao processo de envelhecimento (Juhel, 2010), procurando criar estratégias que permitam suprir os défices ou ajustar o idoso à nova realidade ao invés de combater o processo de envelhecimento (Vasconcelos, 2003).

Esta intervenção deve ter o principal foco na promoção do desenvolvimento de habilidades psicomotoras dos idosos e não nas suas dificuldades (Juhel, 2010). A intervenção psicomotora permite a valorização das capacidades presentes e a exploração de outras necessárias a uma maior funcionalidade e autonomia (Pereira, 2004). A avaliação deve identificar as suas capacidades, forças e recursos e explorar a forma como estes podem estar envolvidos na resposta às suas necessidades, a fim de manter a autonomia durante o maior período possível (Juhel, 2010).

Fonseca (2001a) e Juhel (2010) sugerem a relaxação, formas dinâmicas e criativas de estimulação ao nível vestibular e proprioceptiva, atividades de equilíbrio estático e dinâmico, atividades lúdicas e de atenção, observação e memória, atividades de integração somatognósica e de simbolização, semiotização do corpo, orientação visuoespacial e temporal, ou seja, atividades que trabalhem os fatores psicomotores de base que originam as restantes capacidades devem ser utilizadas na intervenção.

Segundo Rodríguez (2003) a intervenção psicomotora pode situar-se em três níveis de intervenção: primário, secundário e terciário, dependendo da população e os objetivos pretendidos. No primeiro nível a intervenção é junto de idosos saudáveis e tem como objetivo retardar os declínios associados, trabalhando numa dimensão integral biopsicossociológica. O mesmo autor afirma que o nível secundário se realiza junto de idosos com défices cognitivos ligeiros ou défices na capacidade funcional. É uma intervenção com características mais reabilitadoras e pretende dar estratégias para que as dificuldades sejam ultrapassadas, estimulando as capacidades que estão mais afetadas e mantendo as preservadas, tendo em vista manter a funcionalidade do indivíduo. Ainda em consonância com o mesmo autor, o terceiro nível sucede quando existe um diagnóstico e défices cognitivos e funcionais associados. A intervenção

psicomotora trabalha ao nível do movimento e trabalho corporal prazeroso de forma a superar as dificuldades, aumentando assim a qualidade de vida.

Na intervenção psicomotora o corpo é o meio de ação que possibilita ao indivíduo vivenciar e integrar, elaborar e reelaborar experiências passadas e atuais que permitem reinventar-se através de experiências prazerosas de sucesso, de forma a aumentar as capacidades pessoais, de interação e as comunitárias (Pereira, 2004).

Devido às alterações estruturais e limitações motoras que decorrem no envelhecimento, verifica-se em muitos casos a perda de interesse pela imagem corporal, o que afeta a identidade do idoso, daí a importância da valorização pessoal e da apropriação do corpo como meio de ação (Fonseca, 2001a).

A perda de identidade, que pode coexistir com outros fatores (como a viuvez), fomenta o isolamento do idoso da sociedade, fazendo com que se sinta cada vez mais só até atingir, nos casos mais graves, um quadro de depressão (Castiglia, Pires e Boccardi, 2006). Num programa psicomotor baseado num de formação pessoal, aplicado pelos mesmos autores, concluiu-se que a psicomotricidade permite a diminuição dos medos (e consequentemente da depressão), a libertação de tensões e recuperação de valores morais e éticos através de jogos, permitindo ao indivíduo reaprender e readquirir o seu papel na sociedade (Castiglia et al., 2006).

Juhel (2010) refere a importância da intervenção psicomotora na promoção do envelhecimento social ativo através de trabalho em grupo, permitindo ao idoso manter e fazer amizades.

Para Rodríguez (2002) o número aconselhável de pessoas numa sessão deverá ser de 10 a 12 com a duração ideal de 30 a 45 minutos. Consoante as dificuldades do grupo, o número de participantes e o tempo de sessão podem ser reduzidos. O mesmo autor refere que a intervenção deve ser individual ou em grupos de 2-3 pessoas em indivíduos com dificuldades cognitivas acentuadas. A intervenção psicomotora deve ser realizada num ambiente estável e com o mínimo de alterações (Juhel, 2010).

Rodríguez (2002) sugere a utilização de materiais simples e de fácil manuseamento, que não tenham cores muito brilhantes ou possam parecer infantis. São então sugeridos materiais clássicos, como bolas, bastões, arcos, cordas, panos, etc. porque o importante neste caso é a capacidade de simbolização e a criatividade. O autor também sugere cartões de diferentes categorias semânticas, cartolinas coloridas, materiais de diferentes texturas e instrumentos musicais de percussão.

Para Rodríguez (2002) a música surge como facilitadora da sessão quer seja de fundo ou como apoio da atividade. São aconselháveis músicas familiares e que tenham uma melodia bem definida em vez de música vocal que os participantes não possam cantar.

Segundo Rodríguez (2002) a estrutura da sessão pode ser dividida em três partes: o início que é feito pelo ritual de entrada e compreende atividades de orientação para a realidade; o núcleo onde se trabalham os objetivos traçados através das atividades psicomotoras; e a parte final onde é feita uma reflexão sobre a sessão e expressão de sentimentos sobre a mesma, podendo esta ser feita verbalmente ou através de representações. Segundo o mesmo autor, na reflexão final a resposta dos participantes com comprometimento cognitivo pode ser sempre sim, podendo assim a sessão terminar com um ritual de finalização.

Para que esta intervenção tenha sucesso é importante o terapeuta gerir e mediar a distância e a proximidade, as interações entre géneros e a exploração corporal, evitando desconforto e permitindo a integração de diferentes experiências, para que o idoso consiga ver o corpo como fonte de prazer (Pereira, 2004).

Segundo Pereira (2004) a intervenção psicomotora contribui para um melhor envelhecimento, acrescentando a qualidade à quantidade, promovendo o aumento das capacidades funcionais, autonomia, qualidade de vida, e levando a melhorias na socialização, vendo sempre o indivíduo como um todo.

Juhel (2010) e Rodríguez (2002) destacam o conhecimento global da pessoa (origem, cultura, etnia, religião, profissão e quadro clínico) para que a intervenção seja de acordo com necessidades individuais de cada indivíduo, podendo trabalhar a um nível multidisciplinar. É necessário que seja dado tempo para o idoso se adaptar às questões que lhe são propostas (Juhel, 2010). Em contexto grupal as atividades devem ser planeadas de acordo com as características do grupo (Rodríguez, 2002). Devem ter um nível de dificuldade que a maioria dos participantes consiga realizar sem grande esforço, podendo trabalhar objetivos diferentes em simultâneo (Rodríguez, 2002).

Relativamente às pessoas com **demência**, existe ainda a necessidade de uma maior atenção às características individuais, uma vez que, aliado às modificações do processo de envelhecimento, o quadro demencial, vem deteriorar mais as características motoras (Rodríguez, 2002). Nestes casos as tarefas devem ser muito simples, com instruções específicas e pouco ritmo (Rodríguez, 2002).

A intervenção psicomotora com pessoas com demência tem como objetivos ajudar na aprendizagem para a gestão dos défices cognitivos, com estratégias de adaptação e diminuição da ansiedade gerada pelas alterações que ocorrem com o início da demência (Rodríguez, 2002). As sessões têm também como objetivos proporcionar prazer através do movimento, melhorar as dificuldades psicomotoras, sobretudo o equilíbrio e o controlo postural, através de hábitos de reeducação postural, promover autonomia do indivíduo nas suas atividades de vida diária e através de sessões em grupo promover a socialização e a criatividade (Rodríguez, 2002).

Vázquez e Mila (2014) definem como objetivos de intervenção para o idoso com **doença de Alzheimer** retardar as deteriorações das capacidades cognitivas, construir estratégias que minimizem as dificuldades sentidas a nível funcional e que diminuam a ansiedade e angústia provocadas pelas alterações decorrentes deste processo; favorecer as relações sociais como reforçador da autoestima e reduzir possíveis perturbações psíquicas e comportamentais associadas à demência. Os mesmos autores referem que se deve trabalhar os aspetos cognitivos, emocionais, motores e sociais em simultâneo, utilizando tarefas simples que evitem frustração (Vázquez e Mila, 2014).

Assim, no ritual inicial deve ser realizada a orientação para a realidade, na segunda parte deve ser realizada as atividades de estimulação motora e de seguida a representação da sua experiência durante a sessão e despedida (Vázquez e Mila, 2014). Durante a sessão devem ser trabalhadas a coordenação, o equilíbrio e a marcha aliados aos conteúdos cognitivos, atenção, memória, funções executivas, orientação espaço-temporal e esquema corporal (Rodríguez, 2002; Vázquez e Mila, 2014).

Nas fases mais avançadas da doença de Alzheimer a intervenção psicomotora dá prioridade ao plano sensório-motor para a promoção do prazer no gesto e no movimento, estimulação do controlo postural e dá atenção às sensações proporcionadas pelo envolvimento e pela relação com os pares (Madera, 2005).

2.2 Avaliação Psicomotora em Gerontopsicomotricidade

A avaliação é um processo dinâmico de recolha de informações sujeitas a processos de tratamento e verificação do problema que permite a tomada de decisões pertinentes (Salvia e Ysseldyke, 1991).

Contandriopoulos (2006) defende que a avaliação é o processo através do qual existe uma tomada de decisão para a resolução de diversos problemas. É através dela

que se consciencializam e formalizam as situações problemas e se criam estratégias para a resolução destas. Este último acrescenta ainda que a avaliação procura, na sua essência, aplicar um juízo de valor a determinada intervenção, utilizando métodos validados cientificamente e adaptados socialmente a esta mesma intervenção, permitindo que qualquer decisão seja tomada com base em evidências comprovadas.

Para Gouveia (2007) a avaliação psicomotora procura avaliar a competência psicomotora enquanto manifestação de conhecimentos e recursos, em interação dinâmica. Esta revela-se em ações e/ou comportamentos em determinada atividade, que são observáveis e avaliáveis, resultando assim em experiências que tornam a competência mutável e dinâmica ao longo da vida, permitindo a sua melhoria, aceitando-se a individualidade da pessoa no jogo permanente que estabelece com o contexto ecológico onde se insere.

Para Pitteri (2004) a avaliação psicomotora mede a competência psicomotora ao nível funcional, neuromotor, sensorio-motor, da representação corporal e orientação espaço-temporal. Compreende ainda a avaliação das características psicoafectivas através da atitude na relação, compromisso na ação, autoestima e através da expressão vivida num plano corporal, emocional e relacional. Deste modo a expressão de competência psicomotora resulta de características individuais tanto as psicoafectivas como experienciais/vividas.

Boscaini (2004) refere, que a avaliação psicomotora procura examinar um corpo que fala e que é olhado, no sentido de observar, mas também interpretar e procurar os sinais que não são visíveis. A avaliação psicomotora, segundo Pitteri (2004), assenta, assim, em dois postulados: numa abordagem global ao indivíduo (funcional e relacional) e na inclusão do sujeito num contexto, considerando-se, sempre, o que é transmitido pelo sujeito, por si e pelo seu corpo (Saint-Cast, 2004).

Deste modo, o psicomotricista deve ter conhecimento de vários testes, escalas de desenvolvimento e baterias psicomotoras, que permitam quantificar e qualificar as competências psicomotoras, aportando ainda os processos implícitos nestas competências. Estes devem estar adequados à faixa etária dos avaliados e às necessidades individuais (Pitteri, 2004).

Apesar dos instrumentos serem construídos para uma avaliação psicomotora funcional e quantitativa (do comportamento), só através da interação entre indivíduo e psicomotricista é que é possível analisar as características individuais psicoafectivas e cognitivas, sem negligenciar as experiências e os contextos dos sujeitos, sendo o papel

do psicomotricista o de analisar as conexões e interações sobre todas as perspetivas possíveis (Pitteri, 2004).

A existência de uma forma de avaliação específica legitima o trabalho do psicomotricista, diferenciando a abordagem psicomotora como uma abordagem para fins terapêuticos e não de animação ou ocupacionais. É enfatizado que a avaliação psicomotora deve ser realizada por uma equipa interdisciplinar para que seja possível ter uma abordagem psicocorporal essencial na construção do plano individual de intervenção (Michel, Soppelsa e Albaret, 2010).

Depois de descrito a importância sobre a avaliação psicomotora, passaremos à descrição do exame utilizado que está adaptado às características da população alvo e ao que se pretende avaliar, o Exame Geronto-Psicomotor.

2.2.1 Exame Geronto-Psicomotor.

O Exame Geronto-Psicomotor (EGP) visa suprir a necessidade de um exame padronizado de referência, específico da psicomotricidade, dirigido a idosos. Foi desenvolvido em França por Michel et al. e traduzido para português em 2010 por Moraes, Fiúza, Santos e Lebre.

O EGP é um instrumento que avalia as competências psicomotoras de sujeitos a partir dos 60 anos, inclusive, com o objetivo de estabelecer um perfil/diagnóstico psicomotor do sujeito avaliado, ajudar no diagnóstico médico, orientar o projeto de intervenção individualizado e avaliar a eficácia dos projetos de intervenção (Michel et al., 2010). A avaliação psicomotora, como já foi referido, tem uma relevância elevada numa equipa interdisciplinar, pois tem em consideração uma abordagem psicocorporal dos pacientes com demência de Alzheimer ou outra patologia similar, essencial para estabelecer um plano individual de intervenção. É uma avaliação que vai ao encontro dos fundamentos da psicomotricidade pois alia uma metodologia rigorosa e uma observação clínica, considerando valores quantitativos e qualitativos (Michel et al., 2010).

A aplicação do EGP deve garantir a confidencialidade dos dados obtidos e garantir que a pessoa idosa (ou caso a pessoa tenha uma patologia demencial, em estado avançado, que não lhe possibilite a tomada de decisões de forma consciente, o cuidador responsável) concorde com a avaliação. Após a aceitação da aplicação, o avaliador deverá certificar-se se o paciente necessita de auxiliares de marcha, óculos e aparelhos auditivos e se os tem consigo (Michel et al., 2011).

Pode tanto ser aplicado em meio institucional como domiciliário, desde que o espaço seja adaptado e as condições de iluminação estejam asseguradas. A mesa de trabalho não deverá ter material, para não favorecer a distratibilidade; o material a utilizar para a avaliação apenas deverá estar visível no momento da aplicação, devendo ser retirado logo depois (Michel et al., 2011).

No início da aplicação do teste, o examinador deverá realizar uma apresentação breve do que será realizado à posteriori: “Vou pedir-lhe para executar uns movimentos e responder a umas questões simples. Se não compreender algo sinta-se à vontade para me dizer e eu repetirei as instruções. Se estiver cansado ou se sentir mal diga-me”. As instruções devem ser adaptadas à capacidade de compreensão do sujeito (Michel et al., 2011).

Também no início da aplicação do teste o indivíduo deverá ser informado oralmente da data atual, caso não saiba, para que se possa cotar o item 16.1. Se um item é difícil para o sujeito, o examinador não deve hesitar em continuar a aplicação com o item seguinte (Michel et al., 2011).

A duração da aplicação do EGP varia entre 40 a 60 minutos porque pode ser realizada uma pausa depois de um determinado item (depois do 10.4 ou 12) caso o avaliado se sinta com dores, fatigado ou com dificuldades na vigilância. A ordem de aplicação dos itens é adaptável, exceto nos itens que avaliam a memória (10, 11 e 12) que devem ser aplicados em sequência. Quando não existe tempo limite, deverá ser dado o tempo necessário para o sujeito se concentrar, de forma a conseguir recuperar livremente a informação, reforçá-la e reafirmá-la, se necessário, e sobretudo libertar a possível pressão relacionada com a situação de avaliação. Pois o que realmente importa nesta avaliação é compreender a especificidade dos problemas psicomotores e a sua relação com os aspetos cognitivos e psicológicos, de modo a ajudar o sujeito, a sua família e os cuidadores formais e informais. Os autores tentaram manter um aspeto ecológico nos diferentes itens, situando-se sempre num modelo biopsicosocial (Michel et al., 2011).

Este instrumento é composto por 17 itens que avaliam as dimensões descritas: equilíbrio (estático e dinâmico), coordenação motora, mobilizações articulares de diferentes partes do corpo, motricidade fina (membros superiores e inferiores), praxias, conhecimento das partes do corpo, vigilância, perceção (visual, tátil e auditiva), memória espacial e temporal, bem como a comunicação (Michel et al., 2011).

Os 17 itens constituintes serão apresentados de seguida numa breve descrição bem como a forma de cotação do exame. Cada item do instrumento é composto por uma ou mais tarefas, podendo ser cotado com valores entre 0 e 6, e as tarefas dentro de cada item cotadas com 0,5, 0, ou 1, dependendo da performance na tarefa. Algumas tarefas permitem mais do que um ensaio/tentativa. O somatório das tarefas de cada item perfaz o total desse item. O resultado final do EGP é dado através do somatório dos totais de todos os itens (Michel et al., 2011). Segundo os mesmos autores os itens do EGP são estão apresentados na tabela 1

Tabela 1 – Itens do EGP (adaptado Michel et al., 2011)

Itens	Descrição	Cotação
Equilíbrio estático I	O avaliado deve manter-se numa posição de pé, com apoio bipodal durante 5 segundos.	Varia consoante as necessidades de apoio do sujeito para cumprir a tarefa.
Equilíbrio estático II	O sujeito deve manter o equilíbrio durante 5 segundos apoiado apenas num pé, sobre a ponta dos dois pés, e depois sobre a ponta de um pé.	Atribuída como no item anterior.
Equilíbrio dinâmico I	O sujeito deve caminhar de forma habitual/típica, em linha reta, num percurso de 5 metros, realizar meia-volta e regressar pelo mesmo percurso até ao ponto de partida.	Dada da mesma forma que no equilíbrio estático I.
Equilíbrio dinâmico II	O sujeito deve realizar o mesmo percurso, à semelhança do item anterior, porém, agora em marcha acelerada e depois em corrida.	Atribuída ao sujeito caso este realize o percurso por completo ou apenas parcialmente no tipo de marcha pedida.
Mobilização articular dos membros superiores	Mobilização passiva: na qual o avaliador realiza flexão/extensão dos punhos, cotovelos e ombros, do lado direito e depois do lado esquerdo do avaliado.	Concedida segundo a amplitude de movimentos produzida.
	Mobilização ativa: o sujeito realiza as mobilizações.	
Mobilização articular dos membros inferiores	Mobilização passiva da anca, joelho e tornozelo.	Atribuída da mesma forma do item anterior.
	Mobilização ativa das mesmas articulações.	
Motricidade fina dos membros superiores	Abotoar e desabotoar um colete o mais rapidamente possível.	É realizada na primeira tarefa através do controlo do tempo, e nas outras através da exatidão do ato motor obtido.
	Tamborilar	
	Avaliação da oposição do polegar	
	Pega de um objeto com dois dedos, sem arrastar.	
Motricidade fina dos membros inferiores	Colocar os pés sobre duas pegadas.	Atribuída através da precisão na colocação dos pés nas pegadas ou na capacidade de realizar o remate da bola.
	Pontapear de uma bola.	
	Na posição de sentado, deve colocar os pés sobre 4 pegadas (duas que se encontram à sua frente e outras duas colocadas lateralmente à cadeira).	

Tabela 1 (continuação) - Itens do EGP (adaptado Michel et al., 2011)

Itens	Descrição	Cotação
Praxias	Demonstrar (fingindo que está a realizar a ação) como se come um alimento com garfo e faca.	Tem com critérios próprios de performance da tarefa.
	Realizar o gesto de cumprimentar, ralhar, escovar os dentes, fingir que prega um prego.	
	Escrever o seu nome e data de nascimento.	
	Reproduzir duas figuras geométricas numa folha de papel;	
	Construir uma pirâmide com cubos, tendo acesso a um modelo construído pelo avaliador.	Consoante o tempo que o sujeito demora a construir a pirâmide.
Conhecimentos das partes do corpo	Identificar as diferenças entre duas imagens da figura humana.	Atribuída consoante identificação que uma figura está de costa e a outra de frente.
	Nomear as partes ausentes em 3 imagens da figura humana.	Atribuída contabilizando o número de identificações corretas, sendo que na última tarefa a cotação realiza-se avaliando a fidelidade da reprodução das posições.
	Apontar as partes do corpo nomeadas pelo avaliador em si próprio.	
	Nomear as partes do corpo apontadas pelo avaliador no corpo deste;	
	Reproduzir posições corporais sendo que o avaliador serve de modelo, após isto deve repetir as mesmas posições realizadas anteriormente, mas agora sem modelo.	
Vigilância	É avaliada apenas no final da aplicação e decorre de uma avaliação do próprio avaliador referente à manutenção da atenção do sujeito durante o exame e a forma como as instruções foram executadas.	Atribuída se o sujeito agarra o cubo aos sinais combinados e se identifica corretamente as formas e cores.
	Agarrar um cubo ao sinal combinado com o avaliador.	
	Identificar as formas e cores presentes numa série de cartões, que são mostrados um a um e depois retirados.	
Memória Percetiva	Nomear as cores observadas nos cartões do item anterior.	Atribuída através da correta evocação das cores.
	Realizar as posições corporais feitas no item 10. Nesta tarefa, o sujeito começa por realizar uma evocação livre das posições. Caso não obtenha sucesso o avaliador pode fornecer pistas verbais – evocação com pistas. Caso o sujeito continuar em insucesso o avaliador realiza várias posições corporais diferentes, onde se incluem as quatro realizadas anteriormente, que o sujeito deve identificar.	Depende do grau de ajuda que é necessária para a reprodução/identificação das posições corporais e o número de posições reproduzidas/identificadas.
Domínio espacial	O sujeito deve localizar-se espacialmente no que diz respeito à localidade e instituição/domicílio onde está, e caso não o consiga o avaliador pode dar três hipóteses para este escolher.	Depende do grau de ajuda que é necessária para a dizer o nome ou tipo de instituição e a localidade.
	Avaliadas as noções de frente/trás e cima/baixo através de perguntas colocadas ao sujeito com referência ao espaço que o rodeia.	Atribuída através da resposta correta.
	Dividir ao meio, sem utilizar régua, uma linha de 10 cm e em seguida outra linha de 15 cm em três partes iguais.	Dada com tolerância de 1 cm de cada lado da divisória.

Tabela 1 (continuação) - Itens do EGP (adaptado Michel et al., 2011)

Itens	Descrição	Cotação
	São colocados 3 objetos à frente do sujeito e um número é atribuído a cada um (1, 2, 3). O avaliador pede ao sujeito para apontar os objetos segundo uma ordem específica.	Atribuída se não houver nenhum erro.
	O sujeito, utilizando os objetos anteriormente colocados à sua frente, deve indicar se o objeto número 1 está à direita ou à esquerda do objeto número 2 e em seguida nomear o objeto que está à direita do objeto número 1.	
	Orientação nos deslocamentos, onde o avaliador pede ao sujeito para este o guiar a uma determinada divisão da casa/instituição.	
Memória verbal	O sujeito deve repetir três palavras ditas pelo avaliador;	Dada se não houver nenhum erro.
	Deve relatar pelo menos três momentos do seu dia segundo a sua ordem cronológica de realização.	
	Deve evocar as três palavras ditas na primeira tarefa. Este item é realizado primeiro com evocação livre e caso não exista sucesso através de evocação com pistas. Se mesmo assim não existir sucesso utiliza-se o reconhecimento de palavras.	Depende do grau de ajuda que é necessária para a dizer as três palavras.
Perceção	O sujeito deve reconhecer a cantiga “Parabéns a você” e acompanhar o avaliador no seu canto.	Concedida se a melodia estiver correta, mesmo sem palavras.
	O avaliador produz ritmos com um lápis numa mesa e o sujeito deve reproduzi-los.	Atribuída consoante o sucesso na tarefa.
	Reconhecer dentro de um saco preto o material de uma colher de aço inox e a forma de uma bola de ténis.	
	Identificar quatro imagens.	
	Ler um texto;	
Domínio temporal	Dizer a sua data de nascimento e a data do dia (dia da semana, dia do mês, mês e ano).	Atribuída consoante o sucesso na tarefa.
	Indicar a hora que vê no seu relógio ou noutro fornecido pelo avaliador;	Dada se a resposta estiver correta.
	Nomear os meses do ano e os dias da semana cronologicamente, e em seguida responder às seguintes perguntas “Qual é o dia antes de segunda-feira?” e “Qual é o mês a seguir a março?”.	Atribuída consoante o sucesso na tarefa.
	Ordenar sequencialmente uma série de quatro imagens que demonstram uma ação.	
Comunicação	É avaliado a adequabilidade e coerência da linguagem do sujeito, a compreensão de instruções, a expressividade do rosto e a adequabilidade da expressão gestual	Atribuída consoante a experiência clínica do observador.

No final da aplicação deste instrumento, é referida a importância de dar um feedback imediato ao residente, das dificuldades objetivas (orientação para a realidade) e principalmente sobre os itens psicomotores mais eficientes, sobre os quais se deverá apoiar o desenvolvimento do trabalho com o cliente. Esta relevância é explicada pela melhor adesão ao projeto de intervenção e participação mais ativa dos sujeitos, quando

estes têm uma maior consciência do seu estado psicocorporal, da sua dinâmica relacional e dos seus mecanismos motivacionais (Michel et al., 2011).

De seguida serão abordadas as questões práticas deste estágio. Inicialmente será caracterizada o local de estágio e posteriormente serão apresentados os dois estudos de caso.

II - Realização da prática profissional na Casa dos Professores de Carcavelos

1 Casa dos Professores de Carcavelos

A *Casa dos Professores de Carcavelos* é uma residência sénior pertencente à Associação de Solidariedade Social dos Professores (ASSP), gerida pela dependência hierárquica da Delegação Distrital de Lisboa (Manual de Acolhimento, s.d.; Regulamento Interno, s.d.). Inicialmente será feita uma breve descrição da ASSP, entidade à qual pertence a casa dos professores, onde serão enfatizados os seus objetivos e a sua organização, e posteriormente será descrita, com maior pormenor, a *Casa dos Professores de Carcavelos* (ASSP, 2014).

A ASSP foi fundada em 21 de maio de 1981 e tem como finalidade a prestação de serviços de natureza social, humanitária e cultural aos seus associados e familiares (ASSP, 2014; Manual de Acolhimento, s.d.; Regulamento Interno, s.d.), considerando-se assim juridicamente uma Instituição Privada de Solidariedade Social. Esta associação encontra-se registada como pessoa coletiva de direitos privados e sem fins lucrativos (ASSP, 2014), rege-se por princípios, sendo eles o da economia social, a adesão voluntária e livre, a gestão democrática e participativa, a ausência de finalidades lucrativas, a autonomia face ao Estado e a outras formas organizativas da sociedade (ASSP, 2014).

A ASSP tem como missão a solidariedade com todos os professores na preservação da sua qualidade de vida, em especial dos que se encontram na situação de carência ou de risco, nomeadamente através de: desenvolvimento de atividades promotoras da cultura, formação e realização pessoal; proteção e integração comunitária dos idosos e pessoas com deficiência; promoção do apoio à família, infância e juventude; promoção de apoios em situações de carência social e individual (ASSP, 2014). Promove ainda um elevado grau de qualidade dos seus serviços assim como impulsiona e contribui para um envelhecimento ativo e saudável, de uma forma adaptada às necessidades dos seus residentes (Manual de Acolhimento, s.d.).

Estes objetivos são concretizados através da construção de residências e centros de apoio integrado; criação de centros de convívio e de atividades diversas, tal como, a implementação de um conjunto de programas de atividades socioculturais.

Segundo a técnica responsável pela psicomotricidade Daniela Dias (comunicação pessoal, 19 outubro, 2015), a nível organizacional a ASSP atua num âmbito nacional, estando sediada em Lisboa e organiza-se funcionalmente em delegações distritais e regionais que abrangem quase todos os distritos Continentais e

Insulares. Dado que esta associação se organiza a nível nacional e regional/distrital possui órgãos gerentes em ambos os níveis. As delegações distritais ou regionais congregam associados residentes nas respetivas áreas, sendo que as delegações regionais pertencem às regiões autónomas e as distritais pertencem a 13 distritos continentais. Contudo estas delegações funcionam como estruturas organizacionais e operacionais intermedias entre a direção nacional e os associados.

A mesma técnica (Daniela Dias em comunicação pessoal, 19 outubro, 2015) informou igualmente que a associação possui acordos com instituições sociais e empresas de prestação de serviços. Os serviços e atividades proporcionadas pela ASSP são Residências Sénior/ Casas dos Professores que se encontram sediadas em Lisboa, Porto, Setúbal e Aveiro; Estadias Temporárias; Acordos e protocolos promovendo serviços na área da saúde, bem-estar, lazer, formação e comércio. Para além do anteriormente referido, também desenvolve atividades socioculturais de promoção cultural, convívio e formação pessoal.

A *Casa dos Professores de Carcavelos* é uma residência sénior tem serviços de alojamento, saúde e lazer dos residentes (Manual de Acolhimento, s.d.; Regulamento Interno, s.d.). Esta residência situa-se em Carcavelos, concelho de Cascais e funciona num edifício próprio construído para o efeito (Manual de Acolhimento, s.d.; Regulamento Interno, s.d.).

O principal objetivo da *Casa dos Professores de Carcavelos* é dar o apoio social aos residentes associados da ASSP, proporcionando-lhes um ambiente calmo, confortável, humanizado e um conjunto de diferentes serviços com vista à promoção do seu bem-estar, segurança e qualidade de vida. Também pretende a dinamização de atividades no âmbito sociocultural, recreativo e ocupacional que visem a promoção e manutenção das capacidades cognitivas e motoras dos residentes (Regulamento Interno, s.d.).

Passaremos de seguida para a descrição da Missão e valores da *Casa dos Professores*.

1.1 Missão e Valores

A *Casa dos Professores de Carcavelos* tem como missão a promoção de serviços com um grau elevado de qualidade. Estes serviços tendem a estar sempre adaptados às necessidades dos residentes, impulsionando e contribuindo assim para o envelhecimento saudável e ativo dos mesmos. (Manual de Acolhimento, s.d.).

Esta residência tem por base alguns valores, sendo eles o companheirismo todos os dias, a amizade nas atitudes, o respeito por todos, o carinho nos gestos, a alegria no rosto, a veracidade nas palavras, a elegância nas ações, a lealdade nos princípios, o orgulho nas ações e comportamentos e ainda a solidariedade entre todos (Manual de Acolhimento, s.d.).

Depois de descritos a missão e valores da *Casa dos Professores* torna-se pertinente a apresentar o funcionamento da instituição.

1.2 Funcionamento da Instituição

A *Casa dos Professores de Carcavelos* tem como serviços prestados o alojamento, a alimentação em pensão completa, cuidados de higiene, serviço de lavandaria, cuidados médicos e de enfermagem, animação sociocultural e um espaço destinado à meditação e reflexão (Manual de Acolhimento, s.d.; Regulamento Interno, s.d.). A reabilitação psicomotora também faz parte dos serviços prestados (Daniela Dias, comunicação pessoal, 19 outubro, 2015).

Os outros serviços não mencionados, tais como o serviço de cabeleireiro (que tem uma sala própria para isso dentro da Residência), reabilitação ou fisioterapia, análises clínicas, medicação, consultas de especialidade, são serviços complementares realizados no exterior com marcação prévia (Regulamento Interno, s.d.).

O serviço de fisioterapia decorre três vezes por semana (manhãs de segundas, quartas e sextas), no edifício da cruz vermelha, sendo o transporte proporcionado por esta entidade. Já o serviço de cabeleireiro decorre à quinta-feira de manhã na residência

Os residentes, desde que avisem previamente, podem entrar e sair livremente da residência, excetuando os casos sinalizados pelo médico da residência ou indicações contrárias por parte do familiar responsável (Manual de Acolhimento, s.d.; Regulamento Interno, s.d.).

A admissão à *Casa dos Professores de Carcavelos* baseia-se em diversos critérios, sendo eles a antiguidade de associado da ASSP; terem residência no Concelho de Cascais; terem necessidade de assistência comprovada e inexistência de família de retaguarda. Tem-se ainda em conta as necessidades do associado e as capacidades de resposta da residência, tendo em conta os serviços necessários de saúde e o bem-estar do residente (Regulamento Interno, s.d.).

Para poder efetuar a candidatura a uma das vagas nesta instituição é necessário ser associado efetivo da ASSP há pelo menos um ano e para os associados extraordinários é necessário serem-no há mais de três anos (Regulamento Interno, s.d.). Pode ainda candidatar-se o respetivo cônjuge do associado. As habilitações para a admissão a residente permanente fazem-se por concurso aberto no Boletim Informativo da ASSP publicado no site da ASSP. A candidatura é depois analisada pela Direção Técnica e aprovada pela Direção da Delegação Distrital de Lisboa (Regulamento Interno, s.d.).

A direção técnica e os serviços administrativos funcionam de segunda a sexta-feira entre as 9 e as 17 horas. Porém a residência encontra-se aberta 24 horas diárias (Manual de Acolhimento, s.d.). As visitas são permitidas, todos os dias, entre as 14:30 e 18:30 horas (Manual de Acolhimento, s.d.). Relativamente ao horário das refeições, o pequeno-almoço é servido entre as 8:30 e as 9:30 horas, o período de almoço inicia-se às 12:30 horas e termina às 13:30 horas. O lanche da tarde tem a duração de uma hora, com início às 16 horas. Para além destas refeições ainda são servidos o jantar e a ceia, entre as 19 e 20 horas e entre as 22 e as 22:30 horas respetivamente (Manual de Acolhimento, s.d.; Regulamento Interno, s.d.).

Esta instituição pretende oferecer aos residentes um leque alargado e variado de atividades, com vista ao seu bem-estar psicossocial e que vá de encontro às necessidades, desejos e interesses dos mesmos (Manual de Acolhimento, s.d.). As atividades de ocupação e lazer são desenvolvidas e geridas pelos próprios residentes, pois a residência preocupa-se com a autonomização destes, oferecendo condições necessárias para a concretização destas, podendo até ser realizadas novas atividades (Manual de Acolhimento, s.d.).

Tendo em conta estas preocupações, as atividades proporcionadas são a biblioteca/espço de leitura, atelier de jardinagem, atelier de costura, jograis e jogos florais, caminhadas, sessões de cinema, jornal da Casa (Manual de Acolhimento, s.d.), sessões de psicomotricidade, aulas de inglês e sessões de canto e piano. A participação nas atividades é livre, podendo os residentes decidir se o querem ou não fazer, tal como a frequência nos diferentes espaços.

As atividades são proporcionadas pela equipa de voluntariado que as planeia mensalmente. As atividades do voluntariado são autorizadas pela Delegação de Lisboa. Para além disto, existem atividades no âmbito da animação sociocultural/ocupacional promovidas pela Educadora Social também planeadas mensalmente. Os planos

mensais são afixados na receção e o plano semanal afixado na sala de estar, para que todos tenham acesso, e participem nas atividades. Existem ainda sessões de psicomotricidade e de estimulação cognitiva realizadas pela Técnica de Reabilitação Psicomotora. Todas estas atividades estão esquematizadas na tabela 2.

Tabela 2 – Atividades existentes na Casa dos Professores

Horário	segunda-feira	terça-feira	quarta-feira	quinta-feira	sexta-feira
10h00-11h00		Sessão de PM aberta		Sessão de PM aberta	
11h00-12h30		Piano			
12h30-13h30	Almoço				
13h30-14h00			Artes Plásticas		
14h30-15h00	Inglês				
15h00-16h00					Sessão Cognitiva
16h00-16h30					
16h30-17h00					
17h00-18h00	Sessão de PM aberta	Canto Comum	Música, Vozes e Instrumentos	Dinâmicas de Grupo	Reflexão Religiosa
18h00-19h00					

1.3 Recursos

Passaremos agora à descrição dos recursos da do local de estágio.

1.3.1 Espaço físico

O edifício da *Casa dos Professores de Carcavelos* é constituído por dois pisos, no rés-do-chão, como espaço comum, encontra-se a cozinha e o refeitório (figura 1), a biblioteca (figura 2), a sala de estar (figura 3) e a receção (figura 4). para além disto também se encontra o gabinete médico e o de enfermagem, o gabinete da administração, a sala de reuniões (figura 5), a sala onde se conjuga a psicomotricista e a técnica de ação social e se realizam atividades de voluntariado (figura 6), o gabinete da diretora técnica, os quartos individuais (figura 7) e casas de banho (figura 8).

No piso superior encontra-se uma sala de estar (figura 9), o balneário e a copa dos funcionários, a lavandaria, o espaço de meditação (figura 10) e os quartos duplos (figura 11).

No espaço envolvente ao edifício encontram-se jardins com relva, flores, árvores e uma horta biológica (figura 12) com um conjunto de plantas que são utilizadas na confeção da alimentação dos residentes da *Casa*.



Figura 1 –Refeitório



Figura 2 – Biblioteca



Figura 3 – Sala de Estar



Figura 4 – Recepção



Figura 5 – Sala de Reuniões



Figura 6 – Sala de Atividades



Figura 7 – Quarto Individual



Figura 8 – Casa de Banho



Figura 9 – Sala de estar do 2.º andar

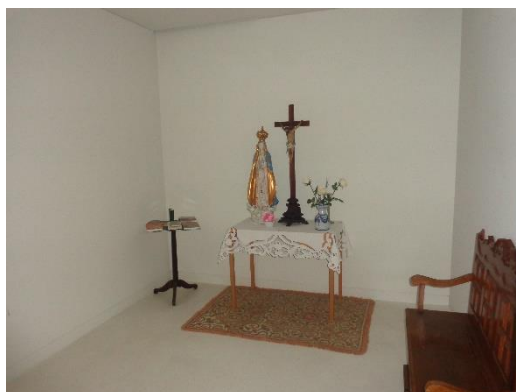


Figura 10 – Espaço de Meditação



Figura 11 – Quarto duplo



Figura 12 – Horta Biológica

A residência compreende 13 quartos individuais e 13 quartos duplos, com casa de banho privativa (Regulamento Interno, s.d.). A residência tem capacidade máxima para 39 residentes. Estão preenchidas 38 vagas, apesar de se encontrar lotada, porque um quarto duplo está ocupado por apenas 1 pessoa. Os residentes são 4 do género masculino e os restantes do género feminino, e têm idades compreendidas entre os 64 e os 99 anos.

1.3.2 Equipa Técnica

A equipa técnica desta instituição é composta pela Diretora Técnica, por uma Diretora Administrativa, uma Diretora dos Serviços de Qualidade, um encarregado de Serviços Gerais, uma Educadora Social, doze auxiliares de ação direta, uma técnica de psicomotricidade, duas auxiliares gerais, dois rececionistas, um médico e dois enfermeiros, a tempo parcial (Daniela Dias, comunicação pessoal, 19 outubro, 2015).

Em relação à acessibilidade, a residência sénior da ASSP, quer nos espaços interiores quer exteriores é muito acessível, sendo o chão plano e existindo elevador de grandes dimensões entre os dois pisos. No espaço exterior o chão também é plano e quando necessário existem rampas de acesso aos espaços quer interiores quer exteriores. Os estores são elétricos para facilitar o seu fecho e abertura. Contudo os espaços são um pouco escuros, devido à disposição das luzes, podendo estas não estar dispostas no local mais correto, pois estas estão dispostas nas paredes laterais e dirigidas para o teto. Para além disto as portas da entrada são bastante pesadas o que as torna difíceis de abrir exigindo alguma força.

As casas de banho estas estão equipadas com barras laterais para pessoas com mobilidade reduzida. As torneiras são difíceis de abrir e as luzes são automáticas.

A nível de acessos, através dos transportes públicos, a residência fica a 5 minutos da estação de comboio de Carcavelos, onde também se encontra a paragem de autocarros. O percurso não é muito acessível, sendo estreito e de terra batida. As pessoas que se deslocam com cadeira de rodas têm que vir pelo passeio, percorrendo um percurso maior demorando cerca de 15 minutos. Os passeios não têm rampas diminuindo assim a acessibilidade.

2 Intervenção Psicomotora na Casa dos Professores de Carcavelos

O estágio curricular iniciou-se a 7 de outubro de 2015 e terminou a 14 de julho de 2016. Foi realizado durante 5 dias por semana. Às terças, quartas e quintas-feiras o horário foi das 10 horas às 17 horas e o de segundas e sextas das 10 horas às 12:30 horas conforme se pode verificar na tabela 3, exceto nos dias em que havia outras atividades ou reuniões.

Tabela 3 – Horário

Horário	segunda-feira	terça-feira	quarta-feira	quinta-feira	sexta-feira
10h00-11h00	Planeamentos	Sessão de PM aberta	Sessão individual Professora Luísa	Sessão de PM aberta	Sessão individual Professora Luísa
11h00-12h30					
12h30-13h30	Almoço e convívio com os residentes				
13h30-14h00					
14h00-15h00					
15h00-16h00		Sessão individual professora Filipa		Sessão individual professora Filipa	
16h00-16h30					
16h30-17h00		Registos			

O estágio dividiu-se em três fases sequenciais (fase de observação, fase de intervenção supervisionada e fase de intervenção autónoma) e compreenderam a avaliação inicial, intervenção e avaliação final. Foram também realizadas outras atividades complementares no âmbito da instituição.

Normalmente não se realizavam reuniões de equipa. Contudo ocorreram reuniões, pontualmente, para a atualização dos planos individuais, com a psicomotricista, a diretora técnica e a estagiária.

A observação inicial começou por não ser estruturada e foram sendo observados todas as interações e organizações da Casa o que permitiu compreender a dinâmica da instituição, a abordagem relacional com esta população, que se fundamenta na relação humana e interpessoal evidente através do diálogo não verbal e as relações entre os residentes. Na primeira observação foi registado todo o dia na instituição bem como todas as interações da estagiária com os residentes (Anexo A). A segunda passou pela interação entre residentes durante a sessão de psicomotricidade e o resto do dia (Anexo B). A terceira observação registou as interações entre a psicomotricista e os clientes durante uma sessão de psicomotricidade em grupo (Anexo C).

Passadas 2 semanas de observação informal, de observação não participada e participada nas sessões deu-se início à intervenção supervisionada, ou seja, no dia 19

de outubro de 2016. A avaliação inicial realizou-se mais tarde porque o EGP não estava disponível na altura. Assim, a intervenção teve por base a observação informal e a informação recolhida junto da psicomotricista, sendo que a intervenção em grupo foi livre e aberta a todos os residentes e a intervenção individual foi escolhida pela estagiária com a aprovação da psicomotricista.

As sessões foram realizadas nos espaços previamente definidos para tal, ou seja, as sessões abertas decorreram na biblioteca (figura 2), num espaço amplo, utilizado um pouco como multifunções e as sessões individuais foram desenvolvidas na sala de atividades (figura 3) ou na sala de reuniões (figura 4). Estas duas últimas salas são compostas por uma mesa e algumas cadeiras, têm boa iluminação e o espaço da sala de atividades pode ser adaptado com um maior espaço livre ou uma área com mesa.

2.1 Procedimentos éticos

Os nomes dos residentes presentes neste relatório são fictícios e para que os resultados fossem apresentados neste trabalho de âmbito pedagógico, inicialmente, foram explicados os procedimentos e a finalidade da recolha de informação e pedido que o próprio ou o seu tutor, tendo em conta as suas capacidades cognitivas, assinasse um consentimento informado (Anexo D).

Assim, de seguida serão apresentados dois estudos de caso, um de grupo e outro individual. Posteriormente serão descritos sucintamente outros casos acompanhados e a participação em outras atividades dinamizadas na Casa, no decorrer do estágio.

2.2 Análise de caso | Grupo

No estudo de caso de grupo foram feitas duas avaliações com o EGP para que se pudesse fazer uma comparação acerca dos benefícios da intervenção psicomotora. A primeira avaliação não coincidiu com o início do acompanhamento individual como já foi referido, mas a avaliação final coincidiu com as últimas sessões.

As sessões são de carácter live pelo que se torna difícil descrever o grupo, mas este variou entre 10 participantes a 25. Segue-se na tabela 4 a descrição de alguns dos residentes que inicialmente participaram frequentemente nas sessões e se mostraram disponíveis para fazer a avaliação. Os nomes usados em todo o relatório são fictícios.

Tabela 4 – Tabela síntese dos elementos pertencentes ao caso de grupo

	Nascimento	Profissão	Apoio	A nível clínico	Idade no início da intervenção	Autonomia
Joaquim	24/1/1934 Ferreira do Alentejo	Professor Primário	Aparelhos auditivos, Óculos	Teve cancro na vesícula	81 anos	Autónomo nas Atividades de Vida Diária (AVDs)
Rita	5/6/1932 Angola	Professora de ensino secundário Físico-química	Aparelhos auditivos, Óculos progressivos	Submeteu-se a algumas cirurgias: encéfalo; vesícula e ovários.	83 anos	Autónoma nas AVD
Carmo	23/7/1921 Castanheiro do Sul	Professora universitária de Biologia	Bengala, Aparelhos auditivos, Óculos	Problemas intestinais e tem uma faringite crónica	94 anos	Autónoma nas AVD
Artur	8/7/1934 Cadaval	Engenheiro Civil	Apoio humano para realizar a marcha	AVC	81 anos	Não é Autónomo nas AVD
Maria	13/4/1940 Ovar	Professora de ensino secundário Físico-química	Óculos	Alterações degenerativas da coluna vertebral	75 anos	Autónoma nas AVD
Idalina	25/4/1936 Aveiro	Médica	----	Pré-diabetes	79 anos	Autónoma nas AVD
Elisabete	4/ 4/ 1944 Lisboa	Professora de Educação Visual e Tecnológica	Óculos	Doença de Alzheimer	71 anos	Não autónoma nas AVD

Este grupo é bastante heterogéneo nas suas patologias e autonomias, tendo as sessões que ser o mais adaptáveis possível. Ao longo da intervenção verificou-se uma maior coesão de grupo, dentro e fora das sessões com o aumento do espírito de entre ajuda. Segue-se uma pequena descrição dos residentes avaliados.

O Professor Joaquim tirou o curso de magistério de Professor Primário e deu sempre aulas na área de Lisboa, é divorciado e tem dois filhos. Entrou na Casa aquando da sua abertura, 24 de setembro de 2012, por decisão própria e encontra-se num quarto individual. Gosta de teatro e ouvir música. Participa nas atividades dinamizadas na Casa e em algumas no exterior, pois é bastante autónomo e sai todos os dias, indo frequentemente almoçar com os seus filhos a Lisboa de transportes públicos. Este professor gosta muito de ajudar e todos os dias compra o jornal para alguns residentes

que já não saem ao exterior e ainda gosta de ler para outros residentes que já não conseguem.

A Professora Rita foi professora de Físico-química e lecionou em Lisboa e em Angola. É viúva e tem quatro filhos. Entrou na Casa a 24 de setembro de 2012 e vive num quarto individual. Participa em todas as atividades propostas na Casa e vai à rua sempre que necessário, tendo começado por decisão própria a caminhar 30 minutos por dia nos jardins da Casa em maio. É coordenadora do voluntário na Casa e foi elemento participante na formação da ASSP. Gosta muito de ajudar, fazer tricot, ir ao computador e gosta de aprender.

A Professora Carmo tirou licenciatura em Biologia e posteriormente doutorou-se. Deu aulas teórico-práticas no concelho de Cascais. É viúva e tem três filhas, mantendo uma melhor relação com duas delas. Entrou na Casa a 29 de outubro de 2012 e está num quarto individual. Sai todos os dias de manhã para tomar o seu café e fazer algumas compras e pede muitas vezes à estagiária para a acompanhar. Participa em muitas algumas propostas na Casa, principalmente as que envolvam teatro e música clássica. A nível clínico apresenta alguns problemas intestinais e tem uma faringite crónica.

O Engenheiro Artur exerceu no concelho de Cascais. Tem sessões de fisioterapia 3 vezes por semana e vai acompanhado com a esposa, visto que caminha com algumas dificuldades e necessita de apoio na intervenção psicomotora. Participa em várias atividades da Casa por insistência da esposa que considera importante mante-lo o mais ativo possível. Gosta de música. Não é uma pessoa muito sociável, mas tem um discurso coerente. A nível clínico sofreu um AVC hemorrágico com sequelas neurológicas (alguns défices mnésicos e hemiplegia esquerda), fibrilhação auricular, síndrome de apneia obstrutiva, bronquite crónica, síndrome depressivo. Realizou uma cirurgia às cataratas bilateral. É casado com a Professora Maria e têm em conjunto 2 filhos. Entraram na Casa a 2 de março de 2015 e vivem num quarto duplo. A Professora Maria lecionou em Lisboa. Participa em todas as atividades propostas sempre que pode, embora por vezes necessite de sair da Casa. Ainda assim faz questão que o marido participe nas sessões, sempre que este concorde. A professora gosta de dançar com o marido e de atividades de competição. É um membro ativo do voluntário na Casa. A nível clínico apresenta alterações degenerativas da coluna vertebral.

A Professora Idalina foi médica e professora de saúde pública e lecionou em Lisboa. É casada com outro residente (professor Augusto) da Casa e têm três filhos.

Entrou na Casa a 7 de outubro de 2015 e está num quarto duplo com o marido. Sai à rua várias vezes para ir buscar os netos à escola ou resolver outras questões pessoais. Gosta de jograis, cinema e música francesa. A nível clínico tem pré-diabetes.

A Professora Elisabete foi professora de educação visual e tecnológica e lecionou em Lisboa. É viúva e tem uma filha. Entrou na Casa a 7 de janeiro de 2015 e está num quarto duplo. Gostar de participar nas atividades da Casa especialmente nas que envolvam trabalhos manuais. A nível clínico tem um diagnóstico demencial e perturbação depressiva.

2.2.1 Principais alterações psicomotoras | Grupo.

Com o envelhecimento verificam-se várias modificações a nível biológico (Spence, 2005), cognitivo, sensorial, psicomotor e psicossocial que estão associadas ao processo de envelhecimento e como verificamos anteriormente trazem consequências na qualidade de vida da pessoa (Rodríguez, 2002).

Ao nível cognitivo alguns dos residentes não apresentam grandes alterações como os professores Joaquim, Rita, Carmo, Maria e Idalina. Apesar disso são referidas na literatura, com o processo de envelhecimento alterações ao nível da memória, atenção, perceção, orientação e tempo de reação, ocorrendo uma diminuição na velocidade de processamento da informação, um maior tempo de reação e um menor nível de concentração na realização das tarefas complexas (Juhel, 2010; Pereira, 2004; Jiménez e Garcia, 2011). A professora Elisabete apresenta dificuldades na memória e dificuldades em manter a atenção tal como é descrito na literatura (APA, 2013). O Engenheiro Artur apesar de falar pouco mantém um discurso coerente e denota-se algumas dificuldades ao nível da memória (APA, 2000).

Como verificamos anteriormente as modificações dos órgãos dos sentidos, como da visão, da audição, etc. dificultam o acesso às informações e à aprendizagem (Cançado, Alanis, Horta, 2011). Verificam-se alterações ao nível da visão, já que cinco professores dos estudados usam óculos, e também ao nível da audição sendo três os professores que usam aparelhos auditivos.

A nível comportamental verifica-se algumas mudanças de comportamento e muita ansiedade (Juhel, 2010) na professora Elisabete como é referido na literatura.

Segundo Juhel (2010) e Jiménez e Garcia (2011) o processo de envelhecimento leva a modificações ao nível dos fatores psicomotores: tonicidade, equilíbrio, esquema corporal, organização espacial e temporal e motricidade global e fina. É possível verificar

que a professora Elisabete tem dificuldades na orientação temporal, corroborando assim com o descrito acima. Também são verificadas alterações na flexibilidade, velocidade e amplitude de movimentos e diminuição da capacidade de tratamento da informação, principalmente ao nível da atenção e processos de seleção e programação da resposta motora (Aubert e Albaret, 2001a). O Engenheiro Artur, que sofreu um AVC apresenta lentidão psicomotora e problemas na marcha tal como referido na literatura (APA, 2000). Já os outros professores Joaquim, Rita, Carmo, Maria e Idalina e espacial não apresentam grandes alterações a estes níveis.

2.2.2 Avaliação Inicial | Grupo.

As avaliações iniciais foram realizadas nos dias 20, 25, 28 de janeiro e 1 de fevereiro de forma individual através do EGP, e ocorreram tanto no período da manhã como da tarde. Antes da avaliação foi feita uma breve descrição do protocolo e foi assinado o termo de responsabilidade.

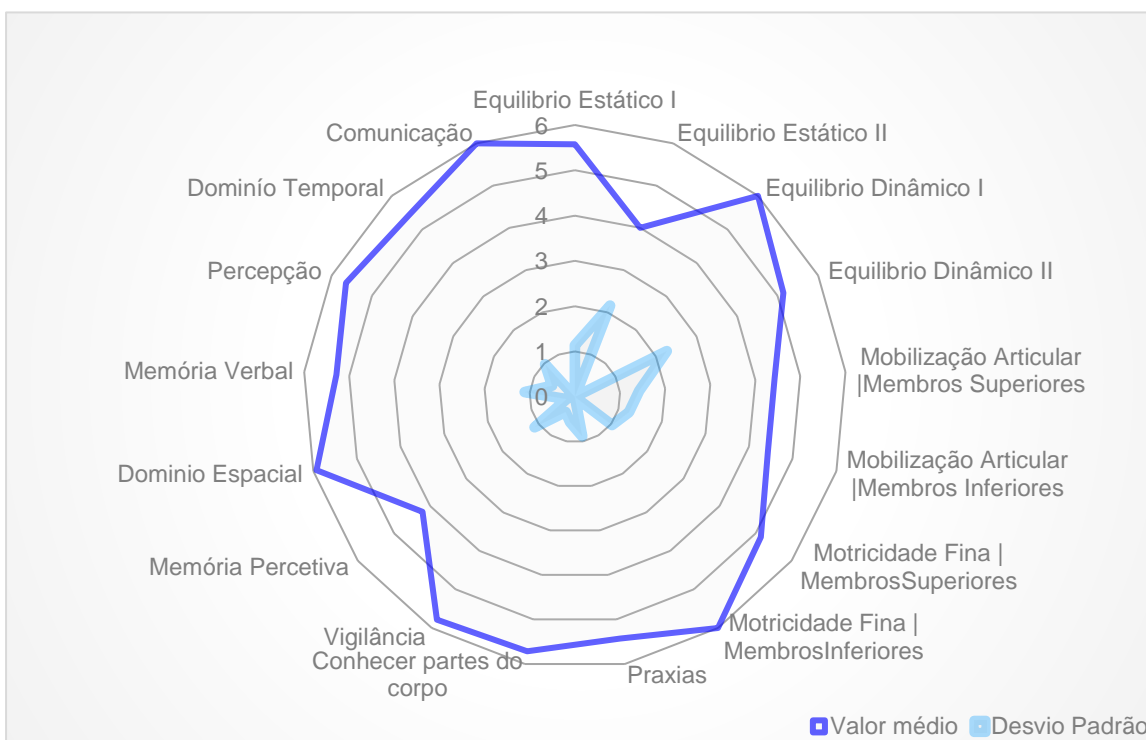


Figura 13 – Gráfico com os valores médios obtidos na Avaliação Inicial com o EGP pelos elementos do Grupo

Durante a aplicação dos instrumentos os professores mostraram-se muito cooperantes e animados por poder ajudar. As avaliações demoraram em média 40 minutos sem pausas e decorram pela ordem estabelecida. A partir das avaliações pode

recolher-se a informação que consta na figura 13. A imagem apresentada contém os valores médios de todos os avaliados.

Ao observar-se a figura pode verificar-se que os itens que apresentam resultados mais baixos são o *Equilíbrio Estático II*, o *Equilíbrio Dinâmico I*, a *Mobilização Articular dos Membros Superiores e Inferiores* e a *Memória Perceptiva*. Os itens que apresentam áreas mais fortes são o *Equilíbrio Dinâmico I*, a *Motricidade Fina dos Membros Inferiores*, o *Conhecimento das Partes do Corpo*, a *Vigilância*, o *Domínio Espacial* e a *Comunicação*.

O perfil psicomotor é gerado com base na avaliação e observação feitas, quer quantitativa, quer qualitativa, onde se obtém as áreas fortes e as menos fortes dos clientes, e que estão sintetizadas na tabela 5

2.2.3 Programa de Intervenção Psicomotora | Grupo.

Depois de observar os residentes no seu quotidiano, nas sessões observadas de psicomotricidade e da avaliação psicomotora conclui-se a necessidade de intervenção na manutenção das capacidades psicomotoras com o objetivo de manter ou melhorar a qualidade de vida e a autonomia dos residentes. Foram definidos assim objetivos para uma intervenção a médio prazo que se encontra no Anexo E.

A intervenção iniciou-se a 19 de outubro de 2015 e terminou a 23 de junho de 2016 tendo a duração de 9 meses, com uma frequência bissemanal. As sessões decorriam às terças e quintas das 10h00 às 11h00, tendo assim a duração de 1 hora. As sessões foram planeadas semanalmente e foram realizadas na biblioteca.

Assim, tendo em conta os itens em que alguns dos participantes apresentaram maiores dificuldades trabalhou-se com maior incidência os aspetos tónicos, a memória perceptiva e o equilíbrio. De forma direta ou indireta também foram trabalhados os restantes itens já que a intervenção também é de manutenção.

As sessões apresentam estruturas semelhantes, iniciando-se com o cumprimento dos residentes e orientação para a realidade, seguido de aquecimento e mobilização articular, atividades centrais onde são trabalhados os objetivos definidos, retorno à calma e por fim reflexão/representação das experiências vivenciadas na sessão. A maioria das atividades foram realizadas sentadas à exceção das atividades que pretendem trabalhar o equilíbrio, embora quem quisesse poderia realizá-las sentado.

Tabela 5 – Perfil psicomotor dos residentes do grupo

Clientes	Áreas fortes	Áreas menos fortes
Joaquim	Equilíbrio estático I e II e dinâmico I e II Motricidade fina dos membros superiores e inferiores Praxias Memória Precetiva e Verbal Domínio Espacial e Temporal Perceção Comunicação	Mobilização articular dos membros superiores Mobilização articular dos membros inferiores
Rita	Equilíbrio estático I e dinâmico I e II Mobilização articular dos membros superiores Mobilização articular dos membros inferiores Motricidade fina dos membros superiores e inferiores Conhecimento das partes do corpo Domínio Espacial e Temporal Perceção Comunicação	Memória Precetiva Memória verbal
Carmo	Equilíbrio estático I e dinâmico I e II Mobilização articular dos membros inferiores Motricidade fina dos membros inferiores Conhecimento das partes do corpo Vigilância Domínio Espacial e Temporal Comunicação	Equilíbrio estático II Memória Precetiva
Artur	Equilíbrio dinâmico I Motricidade fina dos membros inferiores Vigilância Domínio Espacial Memória verbal Comunicação	Equilíbrio estático I e II Equilíbrio dinâmico II Mobilização articular dos membros superiores e inferiores Praxias
Maria	Equilíbrio estático I e dinâmico I e II Mobilização articular dos membros superiores Motricidade fina dos membros superiores e inferiores Praxias Conhecimento das partes do corpo Vigilância Domínio Espacial e Temporal Memória verbal Perceção Comunicação	Mobilização articular dos membros inferiores
Idalina	Equilíbrio estático I e dinâmico I e II Motricidade fina dos membros inferiores Praxias Conhecimento das partes do corpo Vigilância Domínio Espacial e Temporal Memória verbal Perceção Comunicação	Mobilização articular dos membros superiores e inferiores Motricidade fina dos membros superiores Memória percetiva
Elisabete	Equilíbrio estático I e dinâmico I e II Motricidade fina dos membros inferiores Conhecimento das partes do corpo Vigilância Domínio Espacial Comunicação	Memória verbal Memória percetiva Domínio temporal

Ao nível tónico pretendeu-se permitir o acesso à passividade, promover a consciencialização do estado tónico das diferentes partes do corpo e o controlo da respiração através de mobilizações articulares passivas e ativas, consciencialização do movimento, técnicas de relaxação e respiração e identificação das tensões localizadas. Este aspeto foi trabalhado em todas as sessões, diversificando a técnica de intervenção.

Ao nível do equilíbrio pretendeu-se promover a longo prazo o equilíbrio dinâmico, tendo em conta a diversidade da população. Também se trabalhou no sentido de melhorar o equilíbrio estático e de o promover com uma menor base de sustentação. Devido à diversidade das capacidades dos participantes, este objetivo foi trabalhado em todas as sessões através de exercícios de resistência muscular dos membros inferiores (e.g. extensão da perna) e levantar e sentar da cadeira. A partir de abril, uma vez por semana a mobilidade articular adaptadas tanto para pessoa sentadas (como as pessoas em cadeira de rodas e com pouca mobilidade) como em pé, tendo como apoio a cadeira, ou o apoio permanente da estagiária, através de movimentos de coordenação de mãos e pés, distribuição do peso corporal de forma a provocar diferenças do centro de gravidade, fechar e abrir os olhos e jogos de estátua. Quando o tempo assim o permitia as sessões eram dadas no exterior da instituição. A marcha foi trabalhada tanto no contexto de sessão como de forma informal no exterior da instituição.

A estimulação da memória, especialmente da memória perceptiva foi trabalhada de forma direta, questionando por exemplo a cor do bastão ou do balão que utilizaram, o que foi feito na sessão anterior/ durante a sessão e a repetição dos movimentos que os outros participantes fizeram. Além disso, também foi associada a outras atividades como atribuir um significado a uma música e passar o balão para a direita, para a esquerda ou parar consoante o combinado, lançar a bola apenas quando for dito o número que lhe foi atribuído, repetir os movimentos que utilizou na coreografia ou recordar os movimentos da coreografia na outra sessão, associar cores a categorias em jogos de mímica, associar cores e imagens a movimentos, etc.

Os fatores restantes como a lateralidade, a noção de corpo, noção de espaço e tempo, a motricidade global e fina e outros aspetos como a atenção por terem uma melhor cotação foram trabalhados de forma indireta ao longo das sessões porque são indissociáveis dos objetivos específicos. Por exemplo, quando era pedido para recordar a coreografia feita na sessão anterior, os professores tinham que saber se quais os movimentos a realizar, se estes correspondiam ao lado direito ou esquerdo do seu corpo

e qual a parte do seu corpo que realizava aquele movimento. No Anexo E encontra-se os objetivos de intervenção e exemplos de como foram trabalhados.

Pontualmente, também foram trabalhados aspetos relacionados com a força, tendo o auxílio de bolas, de bastões e com a coordenação, através de exercícios de movimento e através da dança. A dança esteve presente durante toda a intervenção uma vez por semana e permite trabalhar um conjunto complexo de aspetos, desde a memória à lateralidade e ao esquema corporal. A música foi muito utilizada como recurso de suporte às sessões. Foram realizados frequentemente jogos em grupo tanto de cooperação como de competição para que fosse possível trabalhar as questões da interação social que também se encontram explicada no Anexo E. Para se compreender um pouco melhor a estrutura da sessão, encontra-se uma sessão tipo no Anexo F.

Aproximadamente após os 6 meses de intervenção aplicou-se novamente o EGP para verificar a eficácia da mesma. De seguida serão apresentados os resultados das avaliações após a intervenção e antes da intervenção para posteriores comparações.

2.2.4 Avaliação Final | Grupo.

A avaliação final decorreu nos dias 13, 14, 16 e 19 de julho de 2016, de manhã e de tarde. Os participantes encontravam-se bem-dispostos e cooperantes, embora alguns um pouco cansados. A professora Idalina, em especial estava um pouco preocupada devido ao estado de saúde do marido. As tarefas propostas foram realizadas pela ordem do protocolo sem paragens. As avaliações tiveram em média a duração de 45 min. A partir das avaliações pode recolher-se a informação que consta na figura 14.

Depois dos resultados apresentados observa-se que as capacidades foram mantidas e em alguns casos melhoradas, com exceção da memória verbal e do domínio espacial, onde os resultados diminuíram ligeiramente como é possível ver no Anexo G. A comparação das avaliações de cada elemento encontra-se mais abaixo na tabela 6.

Tabela 6 – Avaliação Inicial e Final dos Elementos do Grupo

	Joaquim		Rita		Carmo		Artur		Maria		Idalina		Elisabete	
Ítems	A. I.	A. F.	A. I.	A. F.	A. I.	A.F.	A. I.	A. F.	A. I.	A.F.	A. I.	A. F.	A.I.	A. F.
Equilíbrio estático I	6	6	6	6	6	6	3	5	6	6	6	6	6	6
Equilíbrio estático II	6	6	5	6	2	3	0	0	5	6	5	6	5	6
Equilíbrio dinâmico I	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
Equilíbrio dinâmico II	6	6	6	6	6	6	0	4,5	6	6	6	6	6	6
Mobilização articular dos membros superiores	3	4	6	4,5	5,5	5	3	5	6	6	3	4	4,5	5,5
Mobilização articular dos membros inferiores	3	3	6	6	6	3,5	3	5,5	4,5	6	4	4	4,5	5,5
Motricidade fina dos membros superiores	6	3	6	6	5	6	4	4,5	6	6	3,5	4,5	5,5	6
Motricidade fina dos membros inferiores	6	5,5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
Praxias	6	5,5	5,5	6	5,5	6	3,5	5	6	6	6	5,5	5,5	5,5
Conhecimento das partes do corpo	5,5	6	6	6	6	6	4,5	5,5	6	6	6	6	6	6
Vigilância	5,5	6	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	4
Memória Precetiva	6	5	4,5	6	3,5	5	4	3,5	5	6	4	4	2,5	2
Domínio Espacial	6	6	6	6	6	6	5,5	5,5	6	6	6	6	6	5
Memória verbal	6	6	5	5	5	5	6	5	6	6	6	6	3	3
Percepção	6	6	6	6	5,5	6	4,5	5,5	6	6	6	6	5,5	5,5
Domínio temporal	6	5,5	6	5,5	6	6	4	3,5	6	6	6	5,5	4	5,5
Comunicação	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
<p>Legenda: Os valores da tabela tem um valor mínimo de 0 e o valor máximo de 6.</p> <p>A.I. – Avaliação Inicial</p> <p>A.F. – Avaliação Final</p> <p>Os sombreados mais escuros correspondem ao aumento da cotação dos professores e o sombreado mais claro à diminuição, sendo que os que não tem sombreado mantem a cotação.</p>														

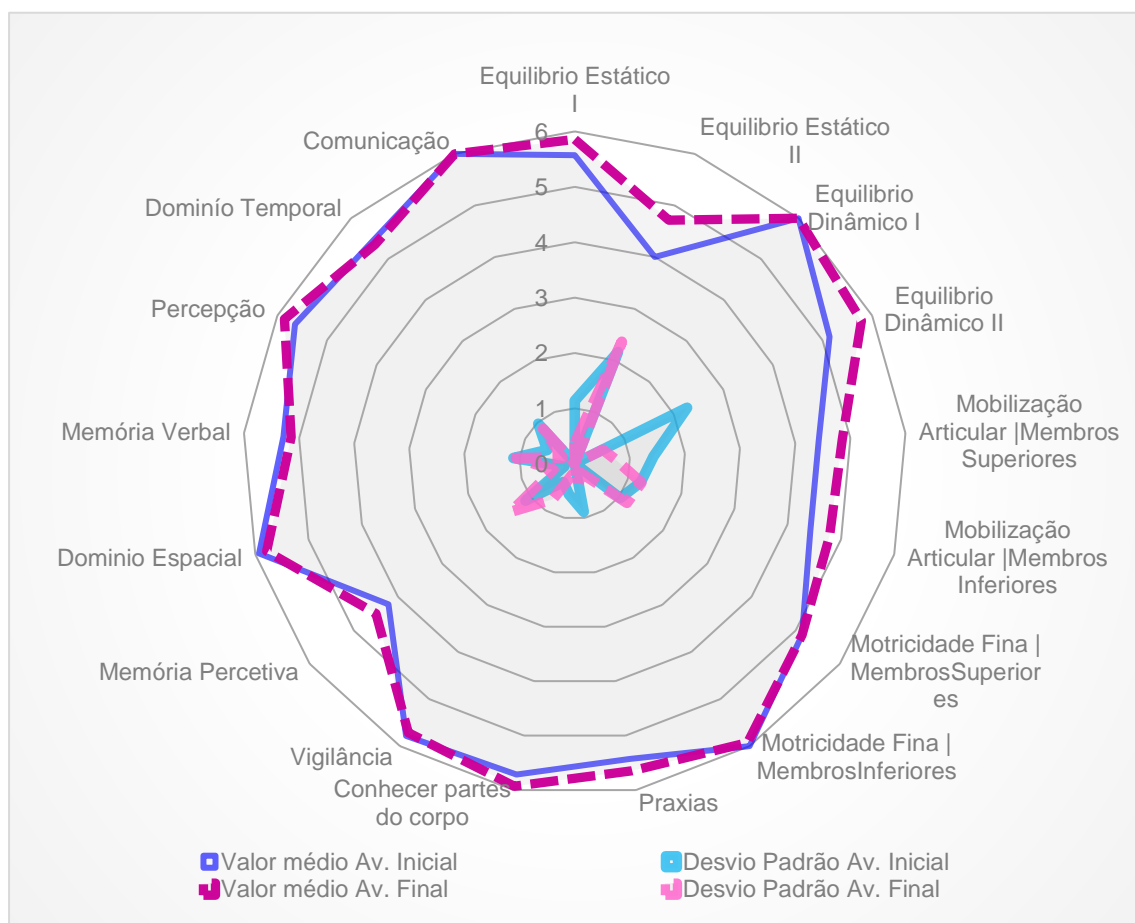


Figura 14 – Comparação dos Valores Médios da Avaliação Inicial e Final Global com o EGP

Ao nível do equilíbrio observam-se grandes alterações. Mais especificamente, verifica-se que no *Equilíbrio Estático I* e *Equilíbrio Dinâmico II* pode ver-se que os resultados aumentaram visto que o senhor Artur melhorou muito a sua performance neste item. Foi também observado a nível informal dentro e fora das sessões uma progressão ao nível da sua mobilidade e agilidade que também estão ligadas a este item. No *Equilíbrio Dinâmico II* foi verificado que o Engenheiro Artur e as professoras Rita e Carmo realizaram a marcha acelerada num menor período de tempo do que a corrida.

No *Equilíbrio Estático II* também se observa um aumento na pontuação, já que as professoras Rita, Carmo, Maria, Idalina e Elisabete melhoraram a sua prestação. Neste item o Engenheiro Artur não quis ser avaliado porque disse que não conseguia e teve algum receio em cair.

Na mobilização articular verificam-se alterações positivas nos resultados globais. Na *Mobilização Articular dos Membros Superiores* a prestação das professoras Rita e Carmo diminuiu, devendo-se as duas à dificuldade na mobilização passiva. Neste mesmo

item apenas a professora Maria manteve a pontuação máxima e os restantes avaliados melhoraram a sua prestação. Na *Mobilização Articular dos Membros Inferiores* o professor Joaquim e a professora Idalina mantiveram a sua pontuação e os restantes aumentaram a sua prestação, com exceção da professora Carmo que diminuiu a sua prestação devido às dificuldades sentidas na passividade.

Na *Motricidade Fina Dos Membros Superiores* não se observam grandes alterações pela análise do gráfico, embora a nível individual se observe uma melhor prestação ao nível dos membros superiores dos avaliados Carmo, Artur, Maria e Elisabete. Já ao nível da Na *Motricidade Fina Dos Membros Inferiores* os avaliados mantiveram a sua prestação. Contudo nos dois itens avaliados o professor Joaquim obteve pior pontuação na avaliação final.

Ao nível das *Praxias* não se verificam grandes alterações, embora se note uma melhor prestação na avaliação final devido à melhor prestação das professoras Rita e Carmo na pantomima e do residente Artur na cópia de figuras geométricas. Neste item também se verifica a diminuição de cinco décimas na cotação dos professores Joaquim e Idalina devido à menor velocidade de construção da pirâmide e a não realização do gesto de lavar os dentes respetivamente.

No *Conhecimento das Partes do Corpo* observa-se uma melhor prestação a nível global devido ao aumento de cinco décimas e de um valor dos avaliados Joaquim e Artur respetivamente. O primeiro mencionado conseguiu reconhecer sem ajuda a figura humana de frente e de costas e o segundo percebeu a diferença da figura humana de frente e de costas e reconheceu mais partes corporais ausentes da figura humana na segunda aplicação do EGP.

No que diz respeito à *Vigilância* podemos constatar que apesar de não se verificar grandes diferenças na imagem, os professores Joaquim e Rita aumentaram cinco décimas e um valor respetivamente. Contudo a professora Elisabete diminuiu 2 valores, facto que se pode justificar pela sua pouca adesão às sessões a meio do processo terapêutico e pelo seu diagnóstico.

Na *Memória Percetiva* verifica-se um aumento da performance ao nível do grupo. Já a nível individual observa-se uma diminuição da cotação nos avaliados Joaquim, Artur e Elisabete de um valor para o primeiro mencionado e meio valor para os outros dois residentes. Já as professoras Rita, Carmo e Maria melhoraram as suas prestações, sendo que as duas primeiras aumentaram um valor e meio e a última um valor, obtendo assim a pontuação máxima. Ao longo da intervenção foi notório um maior interesse das

duas primeiras professoras mencionadas nas atividades que envolviam o maior uso das capacidades mnésicas.

A nível do *Domínio Espacial* não se verificam grandes alterações no grupo apesar da diminuição de um valor na cotação da professora Elisabete, que se poderá dever às razões já apresentadas acima. Já na memória verbal vemos a diminuição da cotação do Engenheiro Artur de seis para cinco na avaliação final visto que não se lembrou da palavra pêssego na evocação livre. Neste item a professora Elisabete foi a que obteve a pontuação mais baixa. Os restantes avaliados mantiveram a sua prestação nestes dois itens. O item que também não sofreu alterações foi a comunicação.

Na *Perceção* observa-se um ligeiro aumento da pontuação final devido à prestação dos avaliados Carmo e Artur. A primeira conseguiu fazer todas as reproduções das estruturas rítmicas e o segundo conseguiu reconhecer a bola.

No *Domínio Temporal* não se verificam muitas alterações no gráfico de comparação, contudo houve uma melhoria na prestação da professora Elisabete e uma diminuição na cotação dos avaliados Joaquim, Rita e da Idalina.

2.2.5 Análise de Intervenção | Grupo.

Depois de concluído o processo de intervenção e analisado a avaliação final, torna-se relevante confrontar os resultados obtidos, com o enquadramento teórico tendo por base os objetivos definidos.

Com o processo de envelhecimento verifica-se modificações em diferentes níveis como o psicomotor, cognitivo, etc. (Rodríguez, 2002), contudo pode observar-se que a intervenção psicomotora apresentou alguns benefícios nas prestações dos indivíduos do grupo, tendo em conta os resultados acima apresentados do EGP e também uma manutenção das capacidades existente.

Os resultados vão ao encontro de Pereira (2004) que argumenta que a intervenção psicomotora pretende a valorização das capacidades existentes e a exploração de outras.

Fonseca (2001a) e Juhel (2010) sugerem que nas sessões de psicomotricidade se trabalhe ao nível do equilíbrio estático e dinâmico. Pereira (2004) dá mais ênfase ao equilíbrio dinâmico, onde se verificaram algumas melhorias.

Ao nível da tonicidade a maioria dos resultados finais aumentaram e segundo Juhel (2010) a intervenção psicomotora pretende ajudar o idoso a controlar o seu estado

de tensão muscular, a melhorar a mobilidade das articulações, gerir as emoções e a autoconhecer-se.

Ao nível da motricidade fina houve várias alterações nas prestações e Juhel (2010) sugere que se deve ter em consideração aspetos das habilidades motoras, como a coordenação, a dissociação e precisão do movimento e deve permitir uma maior destreza. Este mesmo autor escreve sobre a perda de sensibilidade e Aubert e Albarret (2001a) acrescentam a perda da amplitude dos movimentos de pinça e de precisão, que dificulta entre outros, a pega de objetos pequenos e a manutenção da escrita. Apesar destas dificuldades serem sentidas por um professor, quatro residentes melhoraram a sua prestação depois da intervenção psicomotora.

Segundo Renzi e Faglioni (1999) cit. in Rodríguez (2002) com o envelhecimento verificam-se alterações nas praxias. No caso dos professores Joaquim e Idalina observou-se dificuldades manipulativas, construtivas e de simbolização de movimentos, que são corroboradas pelos autores anteriores. Embora se verifiquem estas alterações inerentes ao envelhecimento três residentes melhoraram a sua prestação.

Ao nível do conhecimento das partes do corpo não se verificam muitas dificuldades e verificou-se um aumento da cotação. Cinco dos seis residentes que apresentaram cotação máxima no conhecimento das partes do corpo também tem a cotação máxima ao nível do equilíbrio, corroborando a literatura que revela uma relação direta entre o esquema corporal e o equilíbrio (Juhel, 2010).

Nos aspetos cognitivos como a perceção e a memória perceptiva e verbal verifica-se algumas mudanças. Ao nível da memória perceptiva verifica-se que a professora Elisabete diminuiu a sua prestação indo ao encontro do que foi escrito pela APA (2013) onde revela que nas demências se verifica sempre comprometimento a nível cognitivo. Com o processo de envelhecimento segundo Juhel, (2010), Marquié e Isingrini, (2001) e Nunes (2009) verifica-se também uma diminuição das capacidades nos aspetos mnésicos apesar de alguns residentes manterem e melhorarem as suas prestações.

Segundo a literatura o idoso deve vivenciar o tempo e o espaço para melhorar a sua adaptação ao meio envolvente (Pereira, 2004) e durante a intervenção psicomotora estes itens foram trabalhados. Apesar disso alguns residentes diminuíram a prestação já que ao longo do envelhecimento verificam-se modificações na estruturação temporal (Juhel, 2010) e na orientação espacial (Aubert e Albarret, 2001a, Juhel, 2010).

Ao nível da comunicação não se verificaram mudanças e os residentes mantiveram sempre a cotação máxima. Todas as semanas foi promovida a

comunicação através de atividades lúdicas de cooperação e dança nas sessões de psicomotricidade, o que vai ao encontro de Juhel (2010) que sugere atividades em que o idoso conviva e de Costa et al. (2007) que recomenda a dança.

Pontualmente a música também serviu de suporte às sessões (Rodríguez, 2002) e por vezes foi escolhida pelos professores. Tentou-se que as músicas fossem conhecidas pelos professores e que tivessem uma melodia bem definida. Frequentemente, no final das sessões também existiu uma reflexão verbal sobre a sessão (Rodríguez, 2002).

Foram utilizados materiais como mediadores (Martins, 2011) nas sessões. Normalmente os materiais permitiam uma grande versatilidade nas suas utilizações e eram simples como bolas, garrafas, balões, bastões, dado, saquinhos de feijão e também alguns um pouco mais diferentes como o paraquedas, um quadro e algumas cartolinas coloridas indo assim de encontro ao sugerido por Rodríguez (2002).

As atividades em grupo foram muito utilizadas quer em jogos de grupo quer em interações entre os participantes o que vai de encontro ao descrito pela literatura onde é sugerido atividades em que o idoso conviva, de modo a conhecer outras pessoas e de se redescobrir, tendo igualmente a oportunidade de vencer desafios, motivando-se (Costa et al., 2007). Para estes autores a melhor atividade é a dança que também foi trabalhado semanalmente como já foi referido.

Por se tratar de uma sessão aberta, as sessões tinham que ser adaptáveis às características dos elementos presentes. Vázquez e Mila (2014) também apontam para a importância de um plano de intervenção flexível que possa ser adaptado às características dos clientes. Este plano foi elaborado tendo em conta as características individuais dos residentes e com o objetivo principal de melhorar a sua qualidade de vida, com atividades que lhes proporcionassem prazer (Pereira, 2004). Assim foram definidos objetivos globais e criadas estratégias de adaptação para te todos pudessem participar nas atividades.

2.2.6 Reflexão Crítica sobre o caso | Grupo.

Numa das primeiras sessões que realizei, quando estava a dar a instrução de uma atividade lúdica uma professora interrompeu-me e disse-me que aquelas sessões eram de ginástica, não me permitindo continuar a explicação da atividade já que esta apesar de ser de caráter mais lúdica continha uma parte motora. Depois deste episódio deparei-me com algumas dificuldades no planeamento das sessões para que estas abrangessem vários aspetos que necessitavam de ser trabalhados, mas que de certa

forma estivessem escondidos por detrás de uma sessão com uma forte componente motora. Com o decorrer das sessões os professores foram aceitando cada vez mais a componente lúdica e o trabalho de outras questões, como as por exemplo. as mnésicas.

Além das dificuldades em planear atividades com componente motora estas tinham que ter em conta todas as capacidades dos residentes. Alguns dos elementos eram bastante autónomos e outros tinham muitas dificuldades, tanto ao nível motor como cognitivo, pelo que houve a necessidade da realização de atividades estimulantes, que não fossem acriançadas e que não causassem frustração.

Estas dificuldades sentidas foram ainda mais agravadas pelo facto de as sessões serem de carater aberto e não ser possível prever se iria estar presente um grupo considerável onde fosse possível fazer uma atividade de competição ou se este iria ser muito difícil ou fácil de acordo com as capacidades dos participantes.

Penso que por vezes devido a esta condição com os residentes mais autónomos poderia ter realizado outras atividades com uma maior incidência noutros itens, como o equilíbrio dinâmico, mas era difícil conseguir dar apoio a todos os participantes com mais dificuldades, uma vez que estava sozinha.

Posto isto penso que a palavra que define o planeamento das sessões foi adaptação. As atividades eram planeadas semanalmente e durante a sessão tinham que ser o mais adaptadas possível para que todos conseguissem realiza-las. O nível de exigência dos professores é bastante elevado e têm uma capacidade de reflexão muito grande.

Também foi visível no início da intervenção algumas situações de conflito entre os professores e na minha perceção, através dos jogos de equipa, essas intrigas foram atenuadas pelo menos durante o tempo da sessão. Foi possível verificar que através da criação de elementos de apoio, esta interajuda extrapolou as sessões, havendo uma maior ligação entre os residentes. A melhoria progressiva na prestação de alguns elementos (como o engenheiro Artur e da professora Daniela) aumentou a sua confiança e houve um maior incentivo por parte do grupo para que estes completassem com sucesso as atividades, ao contrário do início onde desacreditavam um pouco a sua participação.

Fazendo uma análise da minha intervenção penso que foi notória uma evolução em dirigir as sessões e estar mais sensível às necessidades de cada professor. Com o tempo, o planeamento de atividades foi mais fácil e também a adaptação de cada atividade a todas as pessoas. Apesar das dificuldades iniciais sentidas e descritas

acima, as sessões correram bem e foram um momento de muita aprendizagem, trabalho e diversão. Quando pedido o *feedback* final dos professores, eles disseram que foi notória a minha evolução e disseram que gostaram da minha prestação, que conseguiram trabalhar algumas capacidades e que evoluíram, mas que ao mesmo tempo também se divertiram muito.

2.3 Análise de caso | Luísa

A professora Luísa (nome fictício) nasceu a 30 de agosto de 1934, tendo à data do início da intervenção 81 anos. Nasceu em Alcântara, trabalhou como professora primária, chegando a ter 4 turmas ao mesmo tempo. É solteira e viveu com os pais que faleceram os dois num espaço de 4 semanas, e ficou a viver sozinha até à entrada para o lar em 1 de abril de 2014, num quarto duplo. Tem uma prima que a visita com alguma regularidade.

A nível clínico foi diagnosticado uma demência mistas com agitação. A professora utiliza óculos e prótese dentária.

A professora Luísa tem por hábito caminhar todas as manhãs no espaço exterior da Casa e depois disso costuma ficar na receção porque diz que precisa de acertar o relógio. De tarde dorme a sesta e também gosta de ler livros de cariz religioso. Não tem por hábito estar presente nas atividades, mas se for chamada para o fazer por vezes participa. Também não costuma participar nas sessões de psicomotricidade em grupo. Apesar de não socializar muito, quando é abordada pela estagiária costuma responder com um discurso compreensível e bem-disposta, repetindo-se muitas vezes.

2.3.1 Principais alterações psicomotoras | Luísa.

Segundo a APA (2013) a demência é caracterizada pelo declínio de uma ou mais funções cognitivas como a atenção, deterioração ao nível da aprendizagem, a memória, a interação social, as gnosis, dificuldades na linguagem como a nomeação e a fluência, as praxias ou as funções executivas, tal como acontece com a professora Luísa, com intensidade suficiente para interferir no desempenho social e no dia-a-dia do indivíduo.

Verifica-se uma maior lentidão nos movimentos da professora Luísa principalmente quando se tem que deslocar, o que é corroborado pela literatura, já que Rodríguez (2002) revela que um dos aspetos que se encontra mais afetado com o processo de envelhecimento é a agilidade do movimento, especialmente na demência.

Os défices cognitivos são evidentes pelas conversas muito repetitivas, dificuldades em recordar nomes, ou local onde deixou objetos e pelo fato de poder ler o

mesmo livro durante várias semanas sem notar que é o mesmo. Estas características são descritas pela APA (2013) que refere que ao nível das demências se verifica sempre comprometimento a nível cognitivo como défices de atenção, deterioração ao nível da aprendizagem e memória.

A nível sensorial Bunn et al. (2014) liga a alterações visuais com a demência e Caous et al. (2015) associa a perda de discriminação olfativa com a demência como se observa com a professora Luísa.

Tal como descrito na literatura por vezes a professora Luísa apresenta algumas alterações de humor (Juhel, 2010; WHO, 2012) e também está muitas vezes sozinha (APA, 2013).

A nível psicomotor verificam-se dificuldades na nomeação das partes do corpo do outro e por vezes do próprio, tal como é corroborado por Fonseca (1987) cit in Rodríguez (2002) e dificuldades nas praxias em pegar nos objetos pequenos e nas gnosias já que tinha algumas dificuldades em entender as imagens que lhe eram apresentadas como é descrito por Renzi e Faglioni (1999) cit in Rodríguez (2002). São também visíveis alterações na orientação temporal (Juhel, 2010) visto que a professora Luísa não consegue identificar a altura do dia em que está ou a estação do ano.

2.3.2 Avaliação Inicial | Luísa.

O EGP foi aplicado no dia 18 de janeiro de 2016, no período da manhã, e a aplicação teve a duração aproximada de 45 minutos. Foi pedido à própria e à sua tutora que assinassem o termo de responsabilidade.

A residente apresentava-se bem-disposta, e realizou todas as tarefas pedidas. Apesar de ter sido feita uma introdução inicial sobre o EGP e sobre o papel da estagiária, a professora questionou o porquê de estar a fazer a avaliação a meio do processo. A aplicação do instrumento decorreu sem pausas e pela ordem estabelecida. A partir das avaliações pode recolher-se a informação que consta na figura 15.

Ao observar-se a figura verifica-se que os itens que apresentam resultados mais baixos são a *Mobilização Articular dos Membros Superiores e Inferiores*, a *Memória Percetiva*, a *Memória Verbal*, a *Perceção* e o *Domínio Temporal*. Os itens que representam as áreas mais fortes são o *Equilíbrio Estático I*, o *Equilíbrio Dinâmico I e II*, a *Motricidade Fina dos Membros Superiores e Inferiores*, a *Vigilância*, o *Domínio Espacial* e a *Comunicação*.

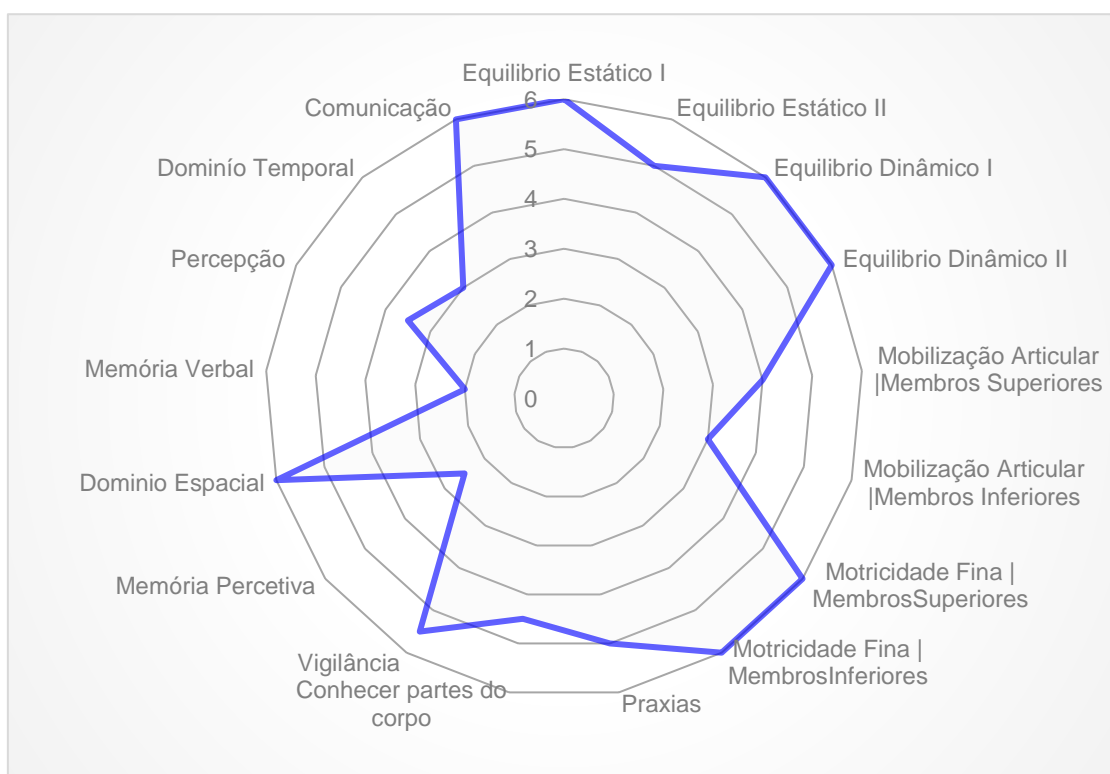


Figura 15 – Avaliação Inicial da professora Luísa

O perfil psicomotor é gerado com base na avaliação e observação feitas, quer quantitativa, quer qualitativa, onde se obtém as áreas fortes e as menos fortes da professora Luísa que estão sintetizadas na tabela 7.

Tabela 7 – Perfil psicomotor da professora Luísa

Áreas fortes	Áreas menos fortes
Equilíbrio Estático I e II e Dinâmico I e II Motricidade Fina dos Membros Superiores e Inferiores Praxias Vigilância Domínio Espacial Comunicação	Mobilizações articulares Conhecer as diferentes partes do corpo Memória Perceptiva e Verbal Percepção Domínio Temporal

2.3.3 Programa de Intervenção Psicomotora | Luísa.

Depois de recolhida informação sobre a residente observa-se a importância da intervenção psicomotora para a melhoria e manutenção das capacidades com o objetivo de manter ou melhorar a qualidade de vida e a autonomia da professora. Assim, foram definidos objetivos ao nível das funções tónico-motoras, esquema corporal, noções temporais e espaciais, das capacidades mnésicas, das gnóscias, da atenção e concentração que se encontram no Anexo H.

A intervenção começou no dia 10 de fevereiro de 2016 e terminou no dia 1 de julho de 2016, sendo definidos objetivos a médio prazo para 5 meses numa intervenção bissemanal, num total de 42 sessões. Por estar inserida numa instituição nem sempre houve disponibilidade para realizar as sessões por diferentes motivos, alheios à vontade da estagiária, como tal foram realizadas apenas 30 sessões. As sessões decorreram à quarta e sexta entre as 10:30 e o 12:00, tendo estas a duração de 50 minutos. A planificação das atividades para atingir os objetivos era semanal e as sessões foram realizadas na sala de reuniões (figura 5) ou na sala de atividades (figura 6).

Os objetivos têm por base as áreas menos fortes e as atividades tiveram em conta os interesses e as características da residente. Foram planeadas tendo em conta as áreas fortes da mesma para não gerar frustração nem desinteresse ou desmotivação. As sessões apresentam um padrão comum, iniciando-se com uma conversa inicial, por vezes realizada a caminho da sala, e com a orientação para a realidade. Posteriormente são realizadas as atividades que vão ao encontro dos objetivos delineados. Para terminar é realizada uma atividade de retorno à calma e uma representação/reflexão das atividades realizadas ao longo da sessão.

Foram assim elaborados os objetivos para a professora Luísa que serão demonstrados de seguida. Ao nível das funções tónico-motoras pretendeu-se promover a consciencialização do estado tónico das diferentes partes do corpo, o controlo da respiração e trabalhar o acesso à passividade. Recorreu-se a mobilizações articulares passivas e ativas, consciencialização do movimento, técnicas de relaxação e respiração e identificação das tensões localizadas. Este aspeto foi trabalhado em todas as sessões, diversificando a técnica de intervenção.

Também foram trabalhados aspetos relacionados com o esquema corporal, como a promoção da consciência corporal, a identificação e nomeação das partes do corpo do outro e da própria e a dissociação de movimento, através de mobilizações articulares após a instrução verbal (e.g. jogos com bolas onde eram referidas diferentes partes do corpo em que a bola tenha que tocar), de reproduções do corpo com diferentes materiais (como puzzles, desenhos), a imitação de movimentos e técnicas de relaxação. Estes aspetos encontram-se relacionados com a tonicidade e foram por vezes trabalhados em conjunto com as técnicas de relaxação. Estas atividades estiveram presentes em todas as sessões.

Ao nível da estruturação espaço-temporal foi dado mais ênfase às noções temporais e promoveu-se a orientação no tempo e no espaço, a orientação das diferentes atividades que se vão passar ao longo do dia, as sequências rítmicas através

de coreografias e organização de textos e imagens por ordem cronológica. Como a sessão se iniciava sempre com uma orientação para a realidade este também foi um aspeto trabalhado em todas as sessões.

Ao nível cognitivo foram trabalhados durante os cinco meses aspetos relacionados com as capacidades mnésicas, com as gnósias, com a atenção e concentração. Inicialmente procurou-se trabalhar os aspetos relacionados com a atenção e concentração através de jogos cognitivos (descobrir as diferenças, sopas de letras), jogos de imitação e movimentos mediante instruções. Posteriormente foram trabalhadas a memória verbal e percetiva através de jogos de memória, relembrar no final da sessão as atividades realizadas, cores ou objetos utilizados na sessão e selecionar o tipo de movimento consoante a instrução (e.g. lançar a bola apenas quando for dito o número que lhe foi atribuído atribuir um significado a uma música e passar o balão para a direita, para a esquerda ou parar consoante o combinado). Ao nível das gnósias pretendeu-se que a professora Luísa conseguisse reconhecer e nomear objetos e para isso foram realizados jogos de associação como agrupar os cartões pelas diferentes categorias e dizer o seu nome e categoria a que pertencem, associar um objeto à sua função, a identificação de figuras ou objetos sobrepostos e ainda o reconhecimento de objetos do dia-a-dia.

Depois de apresentado o processo de intervenção, serão apresentados os dados da avaliação final em comparação com a avaliação inicial, para melhor compreender as alterações relacionadas com a intervenção psicomotora.

2.3.4 Avaliação Final | Luísa.

A avaliação final decorreu no dia 7 de julho de 2016, no período tarde. A residente encontrava-se bem-disposta, cooperante e animada e a aplicação teve a duração aproximada de 45 minutos. O protocolo foi aplicado pela ordem proposta e não foram feitas quaisquer paragens. Os resultados da avaliação inicial e final estão representados abaixo na figura 16.

Perante os resultados apresentados observa-se que as capacidades foram mantidas e em alguns casos melhoradas, com exceção da *Vigilância* e do *Domínio Espacial*, onde se pode observar uma diminuição dos resultados.

Ao nível do equilíbrio pode observar-se que a professora Luísa obteve a cotação máxima em todos os itens, melhorando assim a sua prestação no *Equilíbrio Estático II* uma vez que conseguiu manter o equilíbrio sobre um pé sem apoio. Ao nível do *Equilíbrio Dinâmico I* a professora conseguiu completar a tarefa em 14 segundos,

diminuindo assim 1 segundo desde a avaliação inicial. Relativamente ao *Equilíbrio Dinâmico II* na marcha e na corrida a professora Luísa aumentou o seu tempo de realização da tarefa em 3 segundos e 1 segundo respetivamente. Ainda assim o tempo de corrida foi nos dois casos menor ao tempo da marcha acelerada.

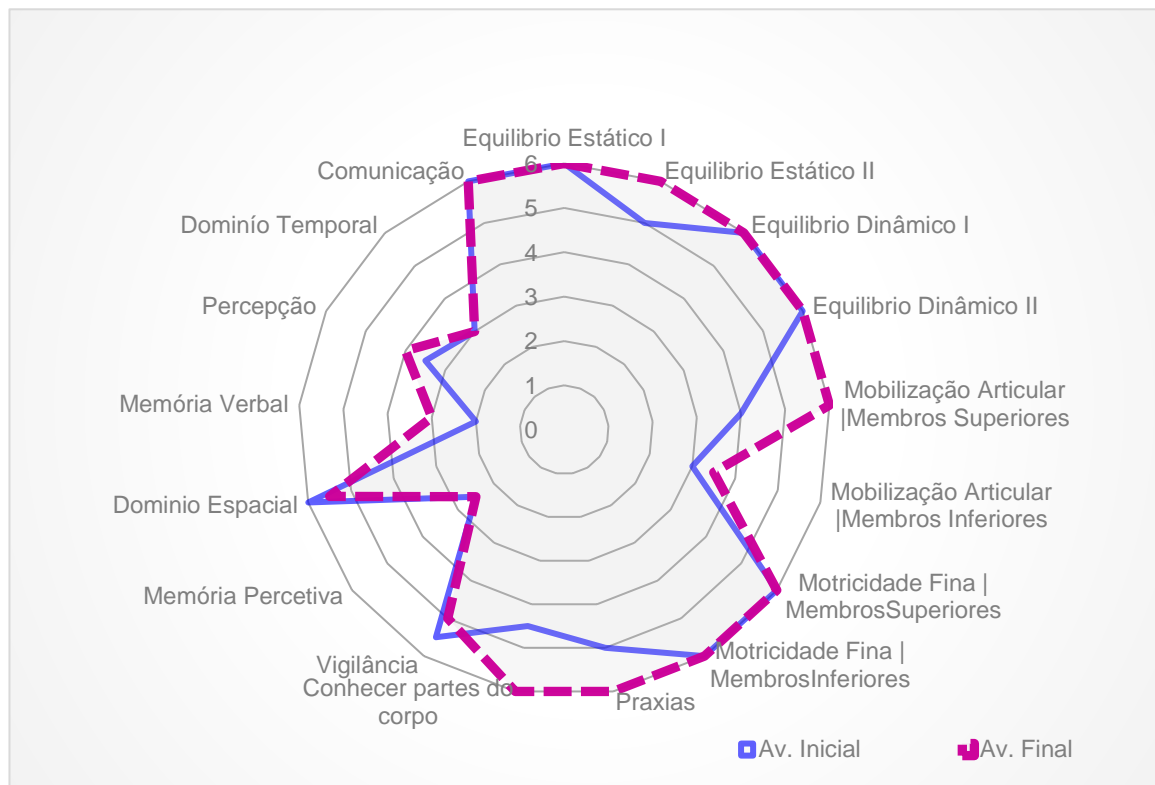


Figura 16 – Comparação da Avaliação Inicial e Final da D. Luísa

Na mobilização articular verificam-se alterações positivas nos resultados. A professora Luísa melhorou a sua prestação na *Mobilização Articular dos Membros Superiores* pois ao contrário da avaliação inicial foi possível realizar a mobilização passiva de todo o membro direito e do ombro esquerdo. Já na *Mobilização Articular dos Membros Inferiores* foi possível a mobilização passiva da anca direita.

Na *Motricidade Fina dos Membros Superiores e Inferiores*, no *Domínio Temporal*, *Memória Perceptiva* e na *Comunicação* a professora Luísa manteve a sua prestação.

Ao nível das *Praxias* pode verificar-se um aumento da cotação, onde a professora Luísa obteve a cotação máxima. Esta pontuação refere-se ao facto de ter conseguido imitar que ralhava e construir a pirâmide de forma mais rápida.

No *Conhecimento das Partes do Corpo* observa-se uma melhor prestação devido ao aumento de um valor e meio da professora Luísa. A residente conseguiu reconhecer todas as partes corporais ausentes, apontar sobre 8 designações verbais e ainda recuperar a posição sem modelo.

No que diz respeito à *Vigilância* podemos constatar que houve uma diminuição de cinco décimas na sua cotação final. Apesar da professora ter conseguido manter a atenção durante a aplicação do EGP antecipou-se ao agarrar o cubo ao sinal 10.

Na *Memória Perceptiva* apesar de se verificar uma manutenção da cotação verificam-se algumas mudanças. Na avaliação inicial a professora conseguiu fazer a evocação de 3 cores e fazer a evocação livre das mãos. Na avaliação final a professora fez a evocação das 4 cores, mas só conseguiu fazer a evocação com pistas das pernas.

A nível do *Domínio Espacial* observa-se a diminuição de cinco décimas na cotação porque a professora Luísa não conseguiu dizer sem ajuda a sua localização.

Na *Memória Verbal* verifica-se uma melhoria da prestação da professora Luísa de um valor já que esta conseguiu dizer momentos do dia por ordem cronológica.

Na *Perceção* observa-se aumento de cinco décimas pois a professora Luísa conseguiu reproduzir todas as estruturas rítmicas.

2.3.5 Análise de Intervenção | Luísa.

Depois de concluído o processo de intervenção e analisado a avaliação final, torna-se relevante confrontar os resultados obtidos, com o enquadramento teórico deste relatório tendo por base os objetivos definidos.

Como se pode observar pela análise da figura 16, oito itens mantiveram a mesma cotação, sete itens melhoraram e em dois houve uma menor prestação. Como se pode verificar na literatura as intervenções psicomotoras com pessoas com demência têm como objetivos ajudar na gestão das mudanças que ocorrem através de estratégias de adaptação para que os défices cognitivos não sejam tão sentidos (Rodríguez,2002).

Assim foram trabalhadas as capacidades cognitivas e pode observar-se através da avaliação do item *Vigilância* uma melhoria relativamente à atenção e concentração na tarefa. É ainda possível verificar a manutenção das capacidades ao nível da memória perceptiva e uma melhor prestação ao nível da memória verbal. Estes valores podem dever-se ao trabalho em todas as sessões destes itens indo ao encontro da literatura já que Fonseca (2001) e Juhel (2010) referem a importância da intervenção na atenção e a memória. Uma vez que eram características necessárias a trabalhar com a residente e em todas as sessões existia pelo menos uma atividade que englobasse estes objetivos.

Rodríguez (2002) afirma que as sessões devem melhorar os problemas psicomotores, sobretudo o equilíbrio e como se observou a professora Luísa melhorou e manteve a sua prestação neste domínio, obtendo a cotação máxima em todos.

É possível verificar que ao nível da tonicidade a professora Luísa também melhorou a sua prestação na mobilização articular dos membros superiores e inferiores, uma vez que a intervenção psicomotora deve ajudar o geronte a controlar o seu estado de tensão muscular, a melhorar a mobilidade das articulações (Juhel, 2010). O idoso deve obter prazer através do movimento (Rodríguez, 2002) ajudando-o a gerir as emoções e a autoconhecer-se.

Ao nível do conhecimento das partes do corpo verifica-se um aumento da cotação apesar de Fonseca (1987) cit. in Rodríguez (2002) afirmar que os idosos com demência têm grandes dificuldades ao nível do esquema corporal e em nomear as partes do seu corpo e do outro. É de notar uma melhor prestação do equilíbrio e do conhecimento das partes do corpo corroborando a literatura que revela uma relação direta entre o esquema corporal e o equilíbrio já que a professora Luísa apresentou a cotação máxima nestes itens (Juhel, 2010).

Renzi e Faglioni (1999) cit. in Rodríguez (2002) abordam as dificuldades nas praxias, contudo a professora Luísa aumentou a sua prestação neste item.

Outro dos objetivos que foi trabalhado na sessão foram as competências sociais tal como refere Juhel (2010) e Rodríguez (2002). Foram desenvolvidas sessões em grupo com a professora Luísa, Elisabete e Filipa (que será referida mais à frente) que terminaram porque não estavam a ser proveitosas, já que as três não se davam muito bem. Em algumas sessões foi também trabalhado a criatividade (Juhel, 2010) associado à época festiva em que se encontrava, como a Páscoa.

Foram utilizados materiais como mediadores (Martins, 2011) nas sessões. Estes normalmente eram simples e de fácil manuseamento como bolas, balões, bastões e também foram utilizados outros como puzzles, cartolinas coloridas com informação escrita e pinceis para pintar em folhas ou noutros materiais com diferentes texturas (Rodríguez, 2002) como o ovo da páscoa ou as prendas para a celebração do dia da mulher.

2.3.6 Reflexão Crítica sobre o caso | Luísa.

Ao longo da intervenção com a professora Luísa foram sentidas algumas dificuldades em arranjar tempo para realizar a sessão, isto porque tinha que acompanhar alguém ao médico, porque havia uma atividade temática para preparar ou realizar e porque a

professora não estava disponível naquele dia. Ainda assim não senti dificuldade em chamar a professora para uma sessão individual nem em propor atividades.

A sessão era interrompida com alguma frequência pela professora para contar um episódio da sua vida (normalmente os mesmos), sendo assim complicado manter a atenção e a concentração na atividade, apesar de não revelar sinais de cansaço. Por vezes também se distraía com o material utilizado nas sessões.

Apesar das distrações as sessões corriam bem, com a professora normalmente bem-disposta, participativa e cooperante. Por vezes devido ao seu volume corporal existia alguma dificuldade em realizar algumas tarefas de cariz motor e, como já foi referido, tarefas que envolviam alguma atenção. Não foram sentidas dificuldades em atividades de pintura (como na realização da prenda para o dia da mulher) mas sim em atividades que envolviam mais criatividade (como a realização do ovo da páscoa), sendo mais difícil dar estratégias para que a professora Luísa concluísse a tarefa de forma autónoma.

Notei alguma evolução da minha parte na forma como abordava a professora para que ela viesse para a sessão ou para ela realizar alguma atividade e também uma evolução na forma em como conduzia a sessão e interligava atividades, acontecendo de uma forma mais fluída e sem tantas interrupções da parte da professora. À medida que as sessões iam sendo realizadas foi possível notar uma melhoria na relação terapêutica.

2.4 Outras atividades Desenvolvidas no Estágio

Ao longo do Estágio foram realizadas outras atividades, quer de cariz mais de intervenção psicomotora, quer relacionadas com as dinâmicas da instituição ou com o meu desenvolvimento pessoal.

2.4.1 Acompanhamento individual

Ao longo do período de estágio para além destes casos apresentados anteriormente foi também acompanhado mais um caso individual, a professora Filipa, de uma forma mais sistematizada. Assim de seguida será apresentado este caso de forma breve.

A professora Filipa nasceu a 1 de fevereiro de 1930 em Reguengos de Monsaraz tendo à data de intervenção 86 anos. Esta apresentava um diagnóstico de doença de Alzheimer. Após a avaliação com o EGP no dia 13 de janeiro de 2016, verificou-se bastantes dificuldades ao nível da *Mobilização Articular dos Membros Inferiores*, *Memória Precetiva*, *Memória Verbal* e no *Domínio Temporal*. Tendo em conta estas

áreas foram delineados os objetivos de intervenção. No dia 7 de julho do mesmo ano voltou a aplicar-se o EGP. A professora Filipa melhorou em alguns itens como no *Equilíbrio Estático II*, nas *Praxias*, na *Memória Percetiva*, no *Domínio Temporal* e na *Comunicação*. Relativamente aos outros itens a professora Filipa manteve o seu nível de prestação exceto no *Conhecimento das Partes do Corpo onde piorou*.

Para além disso, sempre que necessário a estagiária realizou um acompanhamento informal ao exterior a sete clientes em atividades de acompanhamento ao médico, às compras, ao banco e ao cabeleireiro e no interior da instituição 20 residentes em atividades como passeios no jardim, realização de jogos ou atividades lúdicas (e.g. dominó e cartas), procura de poemas, óperas e informações histórias e aulas de informática. Alguns dos residentes foram acompanhados tanto no exterior como no interior.

Foi realizado a avaliação formal a 7 professoras através da do EGP e a avaliação informal (por observação) de 20 clientes, permitindo que nas atividades informais, sempre que possível, fosse sugerido e se tentasse implementar pequenas atividades de cariz mais terapêutico, que pudessem ir ao encontro das suas necessidades com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e autonomia do residente.

2.4.2 Atividades Temáticas e Culturais na Casa dos Professores

Ao longo do estágio foram realizadas outras atividades num âmbito mais temático e cultural que decorreram na Casa:

- São Martinho: nesta data comemorativa foi realizada um conjunto de atividades que pretendiam manter a tradição e troca de experiências. Houve um concurso de poemas sobre o tema, atribuição de um prémio e foram trocadas algumas experiências. De seguida assou-se as castanhas e bebeu-se jeropiga num convívio entre residentes, técnicos e colaboradores da Casa. Esta atividade foi realizada em parceria com educadora social.
- Formação sobre a reciclagem: foram colocados dentro da instituição caixotes para que os professores pudessem fazer a reciclagem. Devido às várias dúvidas apresentadas pelos residentes a estagiária fez uma apresentação sobre este tema e no final realizou exemplos práticos de forma a que os professores pudessem consolidar a informação. Foram também colocadas informações visuais junto aos caixotes, que se encontram dentro da Casa para facilitar a reciclagem.

- Festas Culturais: ao longo do estágio celebraram-se várias festas culturais alusivas à época do ano como é o caso do Natal e da Páscoa. Estas festas foram compostas pela celebração da eucaristia, um almoço/lanche convívio e um programa cultural com algumas atividades realizadas pelos residentes, por exemplo teatro, declamação de poemas, dança e jograis. As danças nas diferentes festas foram ensaiadas nas sessões de psicomotricidade em grupo e foram elaboradas pela psicomotricista e estagiária. Os jograis foram organizados por um professor que teve o apoio da estagiária na procura de poemas, musicas, vídeos, na realização da apresentação visual exposta e na organização dos ensaios. Estas festas foram realizadas em parceria com educadora social. Estas festas possibilitaram o convívio entre residentes, famílias, colaboradores, técnicos, voluntários e associados da ASSP.
- São Valentim, Dia da Poesia e 25 de Abril: estas festas foram realizadas à tarde e tiveram sempre uma parte mais de exposição e outra um pouco mais interativa. No dia de S. Valentim mostraram-se vários excertos de filmes românticos antigos e no final os residentes tinham peças com palavras para montar um puzzle em forma de coração. No dia da Poesia foi realizado um sorteio em que alguns professores tinham que ler poemas, foi pedido para completar poesias e celebrou-se, através da poesia, o dia da primavera e o dia contra a discriminação racial com a discussão de todos os poemas. No dia 25 de Abril foram elaborados vários cravos em papel, assistiu-se a alguns vídeos alusivos à época e foi feita uma partilha de experiências. No final foi dado aos professores um pequeno papel para escreverem o que significou o 25 de abril para eles para colocarem num cartaz.
- Carnaval: neste dia foi realizado um baile de máscaras com música, desfile e concurso de máscaras. Alguns professores usaram o seu disfarce e a estagiária, a psicomotricista e a educadora social levaram outros de forma a possibilitar a caracterização de professores que não tinham nenhum. Nas sessões de grupo foi também ensaiada uma coreografia para apresentar neste dia.
- Dia da Mulher, Dia do Pai e Dia da Mãe: nestes dias foram realizadas apresentações, momentos de partilhas e entregas de presentes realizados pela estagiária, pela psicomotricista e por alguns residentes.
- Festa da Flor: celebrou-se a chegada da primavera, através do símbolo da flor. Foram realizadas uma flor para cada residente e durante a festa houve poesia, música e alguma dança livre.

- Participação da comunidade: A Casa recebe frequentemente pessoas do exterior para momentos temáticos e também são feitas pequenas comemorações. Assim, ao longo do estágio e com a presença da estagiária houve a participação do Centro Comunitário da Cruz Vermelha para a celebração do dia do teatro. O Grupo de Serenatas da Faculdade de Motricidade Humana (GSFMH) a convite da estagiária brindou a Casa dos professores com uma noite de serenatas, onde apenas 5 professores faltaram por não conseguirem esperar pela hora da atuação. No final houve lanche convívio entre os professores e o GSFMH.
- Idas ao Teatro: mensalmente os residentes e voluntários interessados vão ao teatro, nas quais se verifica o acompanhamento de alguns técnicos. A estagiária acompanhou uma ida ao teatro porque foi necessário a ajuda da mesma.
- Santos Populares: esta festa foi composta por um concurso de quadras ao santo António, por marchas e por uma sardinhada para todos os residentes e famílias, funcionários e colaboradores. A festa decorreu no exterior por isso a organização do espaço, decoração e elaboração das coreografias das marchas foram elaboradas pela psicomotricista e estagiária.
- Sessão cognitiva: foi realizada uma sessão cognitiva e por ser a primeira foram elaboradas apenas questões culturais onde os residentes tinham a possibilidade de partilhar conhecimentos e experiências e de se apresentarem. Foram também elaboradas algumas questões que envolviam a memória. Participaram onze residentes e apesar do feedback positivo a estagiária não pode continuar as sessões por falta de horário.

2.4.3 Atividades fora da Instituição

Além destas atividades, também realizei outras fora do local de estágio:

- Formação: *Terapia Gerontopsicomotora: da Avaliação à Intervenção* com a psicomotricista Inês Antunes. A formação durou um fim de semana, e realizou-se em Fátima. No primeiro dia a formação teve um cariz mais teórico e foram abordadas algumas patologias associadas ao envelhecimento, a importância da psicomotricidade num lar de idosos e a importância da avaliação antes da intervenção. No segundo dia a formação adquiriu uma vertente mais prática e além do material e troca de ideias também nos foi ensinado algumas coreografias de dança sénior. Esta formação além de toda a aprendizagem que proporcionou também permitiu várias trocas de experiências e dúvidas com os profissionais da área.

- Comunicação: *Grief in Psychomotor Therapy* no 6th Congress of Psychomotor Therapy que teve lugar em Lucerne, na Suíça que se encontra o no Anexo I.O principal objetivo deste estudo foi perceber o impacto que a reabilitação psicomotora poderia ter nas pessoas em processo de luto. Para isso foi feita uma adaptação do “*Instrumento de Avaliação do Luto Prolongado para a População Portuguesa*” de Mayra Delalibera, Alexandra Coelho e António Barbosa. Foi feito o contacto com diversas instituições para se puder fazer aplicação. O instrumento foi aplicado a pessoas em processo de luto há menos de 2 anos e há mais de dois meses que tinham sessões de psicomotricidade e pessoas que não participavam em sessões de psicomotricidade. Depois da primeira aplicação foram observadas melhorias na categoria da Raiva e Impactos físicos. Não se conseguiu fazer uma segunda aplicação à data da apresentação e surgiram muitas complicações devido à dificuldade em encontrar instituições dispostas a participar na investigação por ser um tema sensível.
- Acompanhamento e colaboração no estudo da aluna de Erasmus de Gerontologia Aplicada Universidade de Windesheim. Este estudo tinha como objetivo a identificação e comparação de boas práticas de intervenção com a população com demência em Portugal e na Holanda. A minha colaboração passou por mostrar a *Casa dos Professores*, por explicar como a psicomotricidade era aplicada àquela população e ainda possibilitar que a aluna participasse em duas sessões de grupo.
- Organização e participação da V Maratona da Psicomotricidade da Associação dos Estudantes com os workshops “Psicomotricidade numa Unidade de Adictologia e Patologia Dual” por Mariana Silva; “A intervenção do Psicomotricista em Contexto Educativo” por Nelson Afonso; “Brincar e Aprender - A Estimulação Precoce em Idade Pré-Escolar” com o Projeto Terra do Nunca; “O Papel da Psicomotricidade na Deficiência Visual” por Fátima Vieira; “Psicomotricidade em Saúde Mental com Adultos” por Sara Duarte; “A Intervenção Psicomotora em meio Aquático e Qualidade de Vida nas DID” por Nádia Jardim; “Terapia Assistida por Animais” por Gladys Malafaia e “Psicomotricidade na Anorexia Nervosa” por Rita Palma. Como membro associativo ajudei ainda na organização da Mini Maratona da Gerontopsicomotricidade com os workshops “A Música na Gerontopsicomotricidade” por Pedro Vicente; “A Gerontopsicomotricidade em Sala de *Snoozelen*” por Rodrigo Martinho e “Gerontopsicomotricidade – caso em Contexto Institucional” por Daniela Dias. Ainda com a Associação dos

Estudantes ajudei na organização da Mini Maratona de Intervenção Precoce com os workshops” Brincar e Aprender – Estimulação Precoce em Idade Pré-Escolar” com as psicomotricistas da Terra do Nunca; “Psicomotricidade em Meio Aquático” por Rita Freixeiro e João Paixão e “A Intervenção Precoce na Prematuridade” por Carla Almeida. Estas participações e experiências permitiram-me não só aprofundar os meus conhecimentos em psicomotricidade como permitiu o conhecimento de técnicos, troca de ideias e até me permitiu uma experiência de trabalho.

Conclusão

Os motivos que me levaram a escolher este estágio prendem-se com o facto de esta população ser um número cada vez mais crescente na nossa sociedade e dos processos de envelhecimento serem cada vez mais distintos entre si devido à variabilidade de diagnósticos de doenças degenerativas e o desafio de promover um envelhecimento ativo e saudável.

Através revisão de literatura é possível verificar que existem várias alterações a diferentes níveis durante o processo de envelhecimento normal e patológico que influenciam a autonomia e a qualidade de vida dos idosos. A intervenção psicomotora pretende, através de técnicas de mediação corporal, manter ou melhorar as capacidades de cada indivíduo. Estes conhecimentos foram fundamentais no processo de aprendizagem de forma a compreender as alterações inerentes ao envelhecimento.

A intervenção psicomotora com pessoas idosas tem que ser sensível às limitações de cada um, à personalidade, gostos, hábitos, vivências e, neste caso sendo uma instituição, aos conflitos entre residentes. Como o processo de envelhecimento é diferente em todas as pessoas, esta intervenção constitui sempre um desafio a nível pessoal e profissional, aprendendo assim a importância da observação e reflexão na prática psicomotora.

A experiência prática permitiu-me a aquisição de outros conhecimentos e a experimentação que não obtive com a parte teórica do mestrado nem na pesquisa teórica. Devido às grandes diferenças entre a população da *Casa dos Professores* senti dificuldade na intervenção e planificação das atividades.

Participaram nas sessões abertas tanto pessoas bastante autónomas e escolarizadas, como pessoas com dificuldades a nível cognitivo e motor. As atividades tinham que ser muito refletidas para não se tornarem desmotivantes e infantis e não terem um elevado nível de complexidade que causasse frustração. Estas tinham que

ser pensadas de forma a serem adaptadas no momento da intervenção, principalmente nas sessões abertas. Assim, a experiência permitiu-me melhorar a flexibilidade dos meus planeamentos, a criatividade das atividades e a adaptabilidade aos residentes e seus gostos. Com o tempo a intervenção psicomotora permitiu atenuar as divergências entre os professores no momento da sessão e permitiu a criação de grupos de apoio que também começaram a funcionar fora da sessão. Este facto também se deve à grande sensibilidade dos residentes, e à sua capacidade comunicativa, permitindo um aumento da confiança por parte tanto do professor que dava apoio como do apoiado.

Como a equipa técnica não é muito grande e não existem reuniões periódicas não foi possível discutir estes casos e dificuldades sentidas com os outros técnicos, havendo assim a falta de experiência de partilhas numa equipa multidisciplinar. Devido a este mesmo fator saí muitas vezes com residentes, fosse por motivo médico ou outros, e era pedida a minha ajuda para resolver alguns problemas dentro da Casa.

Aconteceu por vezes ter que ir à rua para trazer uma professora com demência que se perdia e não conseguia voltar para Casa o que me permitiu aprender algumas abordagens a ter para a convencer a voltar e que apesar de uma delas ter funcionado uma vez, isso não significava que iria funcionar da próxima. Apesar das sessões abertas serem de carácter livre alguns professores tinham que ser chamados para se lembrarem da existência da mesma ou gostavam de ser persuadidos a participar nas sessões. Nas sessões individuais as participantes também tinham que ser informadas, o que permitiu usar várias estratégias para os incentivar e cativar a participarem nas mesmas.

Por vezes as saídas ao exterior, as ajudas e as atividades temáticas dificultavam, principalmente, a realização das sessões individuais. Por outro lado, os planeamentos e a preparação, destas sessões, permitiu-me fortalecer a relação terapêutica, trabalhar a outros níveis que normalmente não iria fazer e usar outros materiais e atividades.

Esta experiência prática foi muito importante para melhorar a forma como dou uma instrução de atividade, como me dirijo aos residentes, saber até onde posso e devo controlar a sessão, vivenciar diferentes momentos nas sessões e como reajo a eles e aprender a adaptar-me com base no que ia ocorrendo a cada momento na sessão.

O feedback por parte dos professores participantes nas sessões permitiu-me ainda aprender mais sobre o que corria bem e menos bem, sendo essencial o grande espírito crítico para o meu crescimento pessoal e profissional, tentando assim fazer de cada sessão um momento mais prazeroso e de maior aprendizagem.

A intervenção psicomotora vê o indivíduo de forma holística e baseia-se no movimento e nas vivências motoras para atingir as capacidades cognitivas e emocionais, contudo na intervenção que decorreu nas sessões abertas inicialmente tive algumas dificuldades em não fazer a segregação das partes motora e cognitiva. Com o decorrer das sessões os professores foram aceitando cada vez mais as atividades motoras com componente cognitiva percebendo a importância das mesmas.

Inicialmente foi necessário um período para que se estabelecesse a relação empática e uma base de confiança, mas os residentes sempre apresentaram uma grande adesão às atividades. Apesar das dificuldades iniciais sentidas, as sessões correram bem e foram um momento de muita aprendizagem, trabalho e diversão. Foi muito importante observar a evolução de alguns professores ao longo do tempo de intervenção, fazendo de mim uma técnica mais segura, tendo ainda mais motivação para continuar a aprender e a trabalhar percebendo cada vez mais a importância da reabilitação psicomotora.

Finalizo assim este relatório, com a certeza de que o estágio foi uma componente muito importante do meu percurso académico, que permitiu a aquisição de bastantes conhecimentos e que me ajudou a crescer a diferentes níveis. Foi também notória para mim a importância de um técnico da psicomotricidade numa equipa multidisciplinar no trabalho com a população idosa.

Bibliografia

- 2013: The prevalence of dementia in Europe (2014). *Alzheimer Europe*. Retirado a 10 de janeiro de 2017 de [http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/2013-The-prevalence-of-dementia-in-Europe/Portugal/\(language\)/eng-GB](http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/2013-The-prevalence-of-dementia-in-Europe/Portugal/(language)/eng-GB)
- Aarsland, D. e Ballard, C. (2004). Psychiatric Issues in non-Alzheimer Dementias. *Clinical Neuroscience Research*, 3(6), 397-412. doi: 10.1016/j.cnr.2004.04.006.
- Alzheimer's Disease International (2009). *World Alzheimer Report 2009*. London. Retirado a 10 de janeiro de 2017 de <https://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport.pdf>
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV-TR* (4th ed.) Washington: Autor.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V* (5th ed.) Washington: American Psychiatric Publishing
- Aubert, E. e Albaret, J. (2001a). Aspects Psychomoteurs du Vieillissement Normal. In Aubert, E. & Albaret, J. (Eds.), *Vieillesse et Psychomotricité*. Colletion psychomotricité. SOLAL éditeur. Marseille. 15-44
- Aubert, E. e Albaret, J. (2001b). Aspects Psychomoteurs du Vieillissement Pathologique. In E. Aubert. e J. Albaret. (Eds.), *Vieillesse et Psychomotricité*. Colletion psychomotricité. SOLAL éditeur. Marseille. 45-77
- Barreiros, J. (2006). Envelhecimento, Degeneração, Desvio e Lentidão Psicomotora. In J. Barreiros, M. Espanha e P. Correia (Eds.). *Atividade Física e Envelhecimento* (pp. 89-104). Lisboa: FMH.
- Boscaini, F. (2004). Especificidade da semiologia psicomotora para um diagnóstico adequado. *A Psicomotricidade*, 3, 53-65.
- Bottino, C., Carvalho, I., Alvarez, A., Avila, R., Zukauskas, P., Bustamante, S. ... e Camargo, C. (2002). Reabilitação Cognitiva em Pacientes com Doença de Alzheimer: Relato de Trabalho em Equipe Multidisciplinar. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 60(1), 70-79. doi: 10.1590/S0004-282X2002000100013.
- Bunn, F., Burn, A.-M., Goodman, C., Rait, G., Norton, S., Robinson, L., Schoeman, J., e Brayne, C. (2014). Comorbidity and Dementia: a Scoping Review of the Literature. *BMC Medicine*, 12 (192), 1-15.
- Câmara Municipal de Évora – Divisão do Desporto [CME]. (2008). *O Processo de Envelhecimento no Sênior*. Retirado a 10 de janeiro de 2017, [https://www.cm-evora.pt/pt/site-viver/desportoejuventude/programas-desportivos/seniores-ativos/documents/processo%20envelhecimento%20no%20senior%20\(1\).pdf](https://www.cm-evora.pt/pt/site-viver/desportoejuventude/programas-desportivos/seniores-ativos/documents/processo%20envelhecimento%20no%20senior%20(1).pdf)
- Camarano, A. A. (2016). Living Longer: are we Getting Older or Younger for Longer?. *Vibrant: Virtual Brazilian Anthropology*, 13(1), 155-155. doi: [10.1590/1809-43412016v13n1p155](https://doi.org/10.1590/1809-43412016v13n1p155)
- Cançado, F. A. X., Alanis, L. M., Horta, M. L. (2011). Envelhecimento Cerebral. In E. V. Freitas, F. A. X. Cansado, J. Doll e M. L. Gorzoni. (Eds.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan Ltda.
- Caous, C. A., Tobo, P. R., Talarico, V. H., Gonçalves, L. R. L., Yoshimine, E., Cruz Jr, A. C., Albuquerque, C., e Amaro Jr, E. (2015). Modulation of Cerebral Haemodynamic Response To Olfactory Stimuli by Emotional Valence Detected

- by Functional Magnetic Resonance Imaging. *Dementia e Neuropsychologia*, 9(4), 405-412.
- Castiglia, R.; Pires, M.; e Boccardi, D. (2006). Interação Social do Idoso Frente a um Programa de Formação Pessoal. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 3(1), 38-50.
- Contandriopoulos, A.-P. (2006). Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3), 705-711.
- Correia, P. P., Homens, P. M., Silva, P. A. e Espanha, M. (2006). Função Neuromuscular no Idoso: a Importância o Treino de Força. In J. Barreiros, M. Espanha, e P. P. Correia (Eds.), *Atividade física e envelhecimento* (pp.135-153). Cruz Quebrada: FMH edições
- Costa, B., Miguel, C., e Pimenta, L. (2007). A Dança na Terceira Idade. *Revista Viva a Idade*. Retirado a 13 de janeiro de 2017, <http://vividade.files.wordpress.com/2007/06/danca1.pdf>
- Costa, J. (2008). *Um Olhar para a Criança, Psicomotricidade Relacional*. Lisboa: Trilhos Editora.
- Cruz-Jentoft, A.J., Baeyens, J. P., Bauer, J. M., Boirie, Y.; Cederholm, T., ..., e Zamboni, M. (2010). Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: report of the European working group on sarcopenia in older people. *Age and Ageing*, 39, 412–423.
- Damasceno, B. (1999). Envelhecimento cerebral: o problema dos limites entre o normal e o patológico. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 57 (1), 78-83. doi: 10.1590/S0004282X1999000100015.
- Fan, Y.-C., Hsu, J.-L., Tung, H.-Y., Chou, C.-C., e Bai, C.-H. (2017). Increased Dementia Risk Predominantly in Diabetes Mellitus Rather than in Hypertension or Hyperlipidemia: a Population-Based Cohort Study. *Alzheimer's Research & Therapy*, 9 (7), 1-10. doi:10.1186/s13195-017-0236-z.
- Fatou, B. L., e Garcia, E. R. (2013). Reflexiones Feministas sobre las Mujeres Mayores, el Envejecimiento y las Políticas Públicas. Aproximaciones Al Caso Español. *Ex Aequo*, 28, 103-117.
- Ferri, C. P., Prince, M., Brayne, C., Brodaty, H., Fratiglioni, L., Ganguli, M., Hall, K., ... e Scazufca, M. (2005). Global Prevalence of Dementia: a Delphi Consensus Study. *Lancet*, 366(9503), 2112–2117. doi: 10.1016/S0140-6736(05)67889-.
- Fonseca, V. (2001a). Gerontopsicomotricidade: Uma Abordagem ao Conceito da Rétrógénese Psicomotora. In V. Fonseca & R. Martins (Eds.), *Progressos em Psicomotricidade* (177-219). FMH.
- Fonseca, V. (2001b). *Psicomotricidade – Perspectivas Multidisciplinares*. Lisboa: Âncora Editora.
- Gallande, D. L., e Ozmun, J. C. (2002). Compreendendo o Desenvolvimento Motor: Bebês, Crianças, Adolescentes e Adultos (3ª ed.). São Paulo: Phorte Editora Ltda.
- Gouveia, J. (2007). Competências: moda ou inevitabilidade?. *Saber(e)Educar*, 12, 31-58.
- Instituto Nacional de Estatística (2012). Censos 2011. Retirado a 9 de Dezembro de 2016 http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicaca

[o_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=73212469&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUE_Sdest_boui=224679354&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt)

- Instituto Nacional de Estatística (2015). Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia. Retirado a 10 de janeiro de 2017: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUE_Sdest_boui=224679354&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Jiménez, R. e Garcia, M. (2011). Intervención Psicomotriz en Personas Mayores. *Revista Electrónica de Terapia Ocupacional Galicia*, 8(14), 1-13.
- Juhel, J.-C. (2010). *La psychomotricité au service de la personne âgée*. (1er Ed.). Québec: PUL et Chronique Sociale.
- Júnior, P. F., e Barela, J. A. (2006). Alterações no funcionamento do sistema de controle postural de idosos: Uso da informação visual. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 6 (1), 96 - 105.
- Kübler-Ross, E. (2000). *Sobre a Morte e o Morrer* (8th ed.). São Paulo (SP): Martins Fontes;
- Madera, M.R. (2005). A Relação Interpessoal na Psicomotricidade em Pessoas com Demência. *A Psicomotricidade*, 6, 47-55
- Marquié, J. e Isingrini, M. (2001). Aspects Cognitifs du Vieillissement Normal. In E. Aubert e J. Albaret (Eds.), *Vieillesse et Psychomotricité*. Colletion Psychomotricité (pp. 77-114). Marseille: SOLAL éditeur.
- Martins, R. (2001). Questões sobre a Identidade da Psicomotricidade - As Práticas entre o Instrumental e Relacional. In V. Fonseca, e R. Martins, *Progressos em Psicomotricidade*. Cruz-Quebrada: Edições FMH.
- McLeod, M., Breen, L., Hamilton, D. L., e Philp, A. (2016). Live Strong And Prosper: The Importance Of Skeletal Muscle Strength For Healthy Ageing. *Biogerontology*, 17(3), 497-510
- McPhee, J. S., French, D. P., Jackson, D., Nazroo, J., Pendleton, N., e Degens, H. (2016). Physical Activity in Older Age: Perspectives for Healthy Ageing and Frailty. *Biogerontology*, 17(3), 567-580.
- Meshulam, R. I., Moberg, P. J., Mahr, R. N., e Doty, R. L. (1998). Olfaction in Neurodegenerative Disease: A Meta-Analysis of Olfactory Functioning in Alzheimer's and Parkinson's Diseases. *Archives of Neurology*, 55 (1), 84-90. doi: 10.1001 / archneur.55.1.84.
- Michel, S., Soppelsa, R. e Albaret, J. (2010). Pour un légitimité du travail en gérontopsychomotricité - l'Examen Géronto Psychomoteur. Entretiens de Bichat, 1-4. Retirado de <http://www.psychomot.ups-tlse.fr/michel2010.pdf>.
- Michel, S., Soppelsa, R. e Albaret. (2011). *Examen Géronto Psychomoteur - Manuel D'Aplication*. Paris: Hogrefe.
- Moraes, E. N, Moraes, F. N., e Lima, S. P. P. (2010). Características Biológicas e Psicológicas do Envelhecimento. *Revista Medica de Minas Gerais*, 20(1), 67-73
- Mota, C. S. M. S. (2011). *Dar Mais Vida à Idade: a Promoção de um Envelhecimento Activo*. Relatório de Estágio de Mestrado em Educação. Universidade do Minho. Instituto de Educação.
- National Institute on Aging (2011). Biology of Aging: Research Today for a Healthier Tomorrow. *United states of America: Department of Health and Human Services*

- Netto, F. L. M. (2004). Aspectos Biológicos e Fisiológicos do Envelhecimento Humano e Suas Implicações na Saúde do Idoso. *Pensar a Prática*, 7, 75-84.
- Nordon, D. G., Guimarães R. R., Kozonoe D. Y., Mancilha V. S., e Neto V. S. D. (2009). Perda Cognitiva em Idosos. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 11 (3), 5-8.
- Núñez, J.A.G., e González, J. M. M. (1997). *Psicomotricidad y Ancianidad*. C.E.P.E.
- Nuñez, J.G. e González, J. M. (2001). Programa de Gerontopsicomotricidad en Ancianos Institucionalizados. In V. Fonseca e R. Martins (Eds.), *Progresos em Psicomotricidade* (pp. 221-250). Lisboa: Edições FMH.
- OMS (2002). *Active Ageing, A Policy Framework*. A contribution of the WHO to the Second United Nations World Assembly on Ageing. Madrid, Spain: Organização Mundial de Saúde.
- Pereira, B. (2004). Gerontopsicomotricidade: Envelhecer Melhor – a Quantidade à Qualidade. *A Psicomotricidade*, 4, 88-93
- Pitteri, F. (2004). Psychomotor Evaluation. *A Psicomotricidade*, 3, 45-49.
- Ray, M., Ruan, J., e Zhang, W. (2008). Variations in the Transcriptome of Alzheimer's Disease Reveal Molecular Networks Involved in Cardiovascular Diseases. *Genome Biology*, 9(10), 1-14. doi: 10.1186/gb-2008-9-10-r148.
- Ribeiro, L., Alves, P., e Meira, E. (2009). Percepção dos Idosos sobre as Alterações Fisiológicas do Envelhecimento. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 8(2), 220-227. doi: 10.4025/cienccuidsaude.v8i2.8202
- Rodrigues, E. M. B. (2010). *(Con)viver: o Envelhecimento Bem Sucedido*. Relatório de Estágio do Mestrado em Educação. Universidade do Minho - Instituto de Educação.
- Rodríguez, E. L. (2002). Intervención Psicomotriz en Pacientes con Demência. *Psiquiatria.com*, 6(3).
- Rodríguez, E. L. (2003). Intervención Psicomotriz com Pacientes com Demencia: una Propuesta Rehabilitadora. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 11(3), 13-28
- Saint-Cast, S. (2004). Modalidades de avaliação do perfil psicomotor da criança. *A Psicomotricidade*, 4, 7-21.
- Salvia, J., e Ysseldyke, J. E. (1991). *Assessment*. Boston: Houghton Mifflin Co.
- Santana, I.; Farinha, F.; Freitas, S.; Rodrigues, V., e Carvalho, A. (2015). Epidemiologia da Demência e da Doença de Alzheimer em Portugal: Estimativas da Prevalência e dos Encargos Financeiros com a Medicação. *Acta Med Port*, 28(2), 182-188.
- Schneider, R., e Irigaray, T. (2008). O Envelhecimento na Atualidade: Aspetos Cronológicos, Biológicos, Psicológicos e Sociais. *Estudos de Psicologia*, 25(4), 585-593
- Silva, P. (2006). Envelhecimento e Decréscimo da Potência Aeróbica Máxima. In J. Barreiros, M. Espanha, e P. P. Correia (Eds.), *Atividade Física e Envelhecimento* (21-48). Cruz Quebrada: FMH edições
- Singh, M. A. F. (2002). Benefits of Exercise and Dietary Measures to Optimize Shifts in Body Composition with Age. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 11, 642-652.

- Sousa, L., Figueiredo, D., e Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em Família – os Cuidados Familiares na Velhice*. Porto: Ambar
- Spence, A. P. (1995). *Biology of human aging* (2^a ed.). New Jersey: Prentice-Hall.
- Spiriduso, W., Francis, K., e MacRae, P. (2005). *Physical Dimension of Aging*. Champaign: Human Kinetics.
- Terroso, M., Rosa, N., Marques, A. T., e Simões, R. (2014). Physical Consequences of Falls in the Elderly: a Literature Review from 1995 to 2010. *European Review of Aging and Physical Activity*, 11(1), 51–59. doi:10.1007/s11556-013-0134-8
- Todd, G., & Baker, B. (1998). *Grief, Mourning, and bereavement: a guide for the OB/GYN*. Elsevier Science, 6, 311-3114.
- Toledo, J. B., Arnold, S. E., Raible, K., Brettschneider, J, Xie, S.X., Grossman, M., e Trojanowski, J.Q. (2013). Contribution of Cerebrovascular Disease in Autopsy Confirmed Neurodegenerative Disease Cases in the National Alzheimer's Coordinating Centre. *Brain*, 136, 2697-2706. doi:10.1093/brain/awt188.
- Vasconcelos, M. (2003). A Psicomotricidade como Promotora da Qualidade de Vida na Terceira Idade. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 12(2),51-60
- Vázquez, S. e Mila, J. (2014). Gerontopsicomotricidad y enfermedad de Alzheimer: Un Modelo de Atención al Binomio Paciente – Cuidador. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 39, 59-77.
- Wolfe, R. R. (2006). The Underappreciated Role of Muscle in Health and Disease. *American Journal of Clinical Nutrition*, 84(3), 475–482
- Woodford, H. (2007). *Guia prático de Geriatria*. (1.^a Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- World Health Organization (2012). Dementia: a public health priority. Retirado a 5 de Janeiro de 2017, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75263/1/9789241564458_eng.pdf?ua=1
- World Health Organization [WHO] (s/d). *Definition of an Older or Elderly Person*. Retirado a 15 de janeiro de 2017, <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>.
- Zidan, M., Arcoverde, C., Araújo, N.B., Vasques, P., Rios, A., Laks, J. e Deslandes, A. (2012) Alterações Motoras e Funcionais em Diferentes Estágios da Doença de Alzheimer. *Revista Psiquiatria Clínica*, 39(5), 161-165.
- Zimmerman, G. I. (2000). *Velhice – Aspectos Biopsicosociais*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.

Anexos

Todos os nomes dos residentes utilizados nestes anexos são fictícios.

Anexo A – Observação do dia na instituição

quarta-feira

7/9/2015

A estagiária chegou para o seu primeiro dia de estágio às 10 da manhã à *Casa dos Professores* e dirigiu-se à psicomotricista, sua orientadora local. Ela encontrava-se na biblioteca onde há vários livros que não são muito usados pelos residentes, devido à diminuição das suas capacidades cognitivas ou falta de interesse, uma televisão alguns sofás e mesas e um computador portátil. A psicomotricista estava a conversar com uma das residentes (professora Rita) que estava em frente ao computador e apresentou-a à estagiária. A professora Rita (como muitos outros) disseram que a estagiária tinha um aspeto muito jovem e desejou-lhe as boas vindas. Disse ainda que todos gostaram muito da psicomotricista e esperavam gostar do que a estagiária iria fazer também. Na programação diária constava a visualização de um filme, que costuma ser posto pela educadora social que se encontrava doente em Casa. A psicomotricista tinha que ir ao médico com vários residentes pelo que não conseguia pôr o filme e a professora sugeriu muito expectante que fosse a estagiária a fazer essa atividade, que acabou por não se realizar pois a educadora não tinha deixado o filme na Casa. A professora estava com uma aparência bem cuidada e notava-se que com boa capacidade cognitiva e motoras (mais tarde observou-se como se deslocava). Assim a psicomotricista começa a apresentação dos professores à estagiária bem como uma visita à Casa.

Nesta mesma divisão estão também o professor Joel em cadeira de rodas, uma professora Mariana e que ia dormitando que segundo a psicomotricista, está sentada no sofá o dia inteiro a dormir e que não convive com quase ninguém. Junto à biblioteca está o refeitório onde todos os residentes almoçam, exceto alguns casos.

Do outro lado da biblioteca existe um pequeno corredor onde se encontra um piano, casa de banho e uma sala de manutenção e depois a sala de convívio que tem sofás individuais, cadeiras, mesas televisão e uma máquina de café. Aqui existe também um planeamento semanal onde estão descritas as atividades que se vão realizar durante o dia e este está assinalado com uma seta a dizer “hoje”. Nesta divisão encontram-se o professor César que é muito isolado e como tal, o objetivo é que participe em mais atividades, pois passa o dia sentado no sofá a ver televisão.

Observou-se aqui várias professoras. Uma delas, a professora Luísa, um pouco isolada, repetiu o que disse algumas vezes, o que demonstra algumas dificuldades ao nível da memória, e disse que era católica praticante e por isso o seu passatempo é rezar. Disse ainda que gostaria de ir à missa mais vezes, mas que a igreja é longe da *Casa dos Professores*. Existem também um grupo de três professoras muito bem-dispostas e que na primeira conversa apresentam estar com um bom nível cognitivo. Estavam a fazer cascóis de lã, para mais tarde venderem. Brincaram a dizer que a psicomotricista já lhes tinha dito que vinha uma nova estagiária e quando esta lhes pergunta se a sua orientadora local tinha falado bem ou mal de si, disseram a rir que tinha falado muito mal da nova estagiária. Disseram que tiveram muito gosto em ter-me por lá e deram-me as boas-vindas. Outro grupo de quatro senhoras estava mais perto da máquina do café sentadas no sofá e é possível observar boas capacidades cognitivas em todas e boa disposição. Uma desta estava a fazer renda, a professora Célia e as outras simplesmente conversavam animadas. Fizeram algumas perguntas sobre quem era a estagiária, o que iria fazer e disseram-lhe que era bem-vinda. A professora que estava a fazer renda avisa a estagiária, com algum pesar que vai encontrar algumas pessoas com pouca memória e com algumas dificuldades, mas que a vida é mesmo assim. Para tentar suavizar um pouco a situação, a estagiária diz-lhe que eu às vezes também tinha pouca memória e aproveita para repetir os nomes delas afim de os decorar e brincam um pouco com este processo de memorização. Destas professoras, a D. Carolina não falou muito e parecia por vezes olhar para o vazio dando a sensação que só estava na sala fisicamente e outras vezes participava na conversa. Mais tarde, em conversa completava as frases das outras professoras quando estas não se lembravam de alguma coisa revelando boa capacidade de memória e raciocínio. A estagiária averiguou mais tarde que era uma pessoa muito introspetiva, deprimida e falava sempre pouco, contudo sabia sempre tudo de toda a gente.

A psicomotricista e a estagiária foram depois para o hall de entrada onde se encontrava outra professora, D. Carmo, que lhe é apresentada e se agarra à sua mão procurando algum apoio para se manter em pé, apesar de o conseguir fazer sozinha. A professora foi ao dentista acompanhada pela psicomotricista e disse que tinha medo porque as injeções lhe doem. A estagiária diz-lhe que as injeções permitem tirar a dor, são anestésias, mas ela disse que lhe dói antes de fazer o efeito pretendido. Revelou alguma falta de memória e apesar de ter sido o primeiro contacto, já falou muito confortavelmente e sempre apoiada na estagiária.

Nessa manhã, a professora Cecília caiu da cama e teve que ir ao hospital, pois suspeitou-se que poderia ter alguma coisa partida. Junto à ambulância que se

encontrava junto à porta de vidro da entrada esteve a professora Filipa muito atenta a tudo o que se passou. Por isso, a professora Carmo diz que a outra professora é muito curiosa e que só esteve ali para depois ir contar tudo às outras e ter tema de conversa ao almoço. Diz à estagiária também que não se mete na vida de ninguém e nunca quer saber de nada, mas que a outra professora, quer saber de tudo, revelando algumas intrigas que podem haver entre residentes. Confessou à estagiária que também não tem muito o hábito de sair do quarto, ao que a estagiária lhe disse que no futuro tem que sair mais para que possam conversar mais e também porque com uma mala tão bonita é uma pena estar sempre no quarto. Antes do táxi, que a leva ao dentista, chegar revelou-se um pouco agitada e nervosa. Quando este chegou sai com a psicomotricista da Casa.

Durante este período, a psicomotricista recomenda à estagiária que leia o regulamento. Entretanto, enquanto esta o lê, vêm à sala a professora Célia que estivera a fazer renda e malha na sala de estar. A sala onde chega a professora é destinada à psicomotricidade e a educadora social. Existem também uns armários onde se fazem arrumações e a professora veio etiquetar uma camisola para a vender, o que demonstrou organização e independência da parte dela. Entretanto a psicomotricista chegou e continuou-se a vista ao resto da instituição explicando à estagiária a função de cada sala.

A estagiária almoçou na copa, que se localiza no primeiro andar e é destinada aos funcionários. Depois foi tomar o café com as professoras na sala de estar no rés do chão. Conversou e conheceu mais algumas das residentes e todas elas se mostraram entusiasmadas pela chegada de mais uma estagiária, o que demonstra o gosto pelas sessões de psicomotricidade e pela psicomotricista.

A professora que tinha ido ao dentista chamou a estagiária para ir beber café com ela ao centro comercial Riviera, que é a próximo da Casa. Falaram de política, das filhas dela, da *Casa dos Professores*, da festa que tinha acontecido dias antes e de trivialidades. Viram e comentaram algumas montras e vão ao Pingo Doce comprar leite sem lactose, acabando a professora por fazer uma visita guiada ao Riviera. Demonstrou independência, boa capacidade de memória e apesar da bengala deslocou-se com alguma agilidade, mas sempre que pode andou de braço dado com outra pessoa.

A estagiária esteve depois na sala com as professoras a conversar e teve oportunidade de falar com várias delas. Algumas delas eram as que já tinha falado de manhã, mas outras não. Conversou com a professora Elisabete que esteve muito revoltada com tudo o que a rodeava, diz “Estou tao mal e ninguém me pergunta o que e que eu tenho” ou “Tirem-me daqui”. Tinha caído e feito um hematoma no joelho, por

isso tinha dores e reclamava com o serviço da Casa, com as colegas, com o estado do país, pedindo inclusive a Deus para a levar para perto da sua mãe. Disse que tinha o feitio do pai porque dizia sempre a verdade sobre o que pensava e essas pessoas eram sempre prejudicadas. Disse ainda que a única pessoa que ouviu o seu pai foi o Humberto Delgado (referência ao General Humberto Delgado). A estagiária e algumas professoras tentaram acalmá-la e disseram para ela ir à enfermaria mostrar o joelho e pedir consulta para o médico, ao que a professora foi. Voltou depois mais tarde e disse muito chateada que as enfermeiras não lhe marcaram a consulta (o que fizeram) e esqueceu-se de lhes mostrar o joelho porque acabou por falar noutro problema que também tinha.

No placard da entrada estava um cartaz da peça “Esta Vida é uma Cantiga” encenada por Henrique Feist com Henrique Feist, Susana Félix, FF e Yola Dinis na encenação no Casino Estoril. Quando a estagiária questionou sobre o cartaz algumas professoras disseram que iriam ver a peça, num autocarro cedido pela Câmara no próximo domingo, estavam entusiasmadas e disseram que uma vez por mês costumam ir ver uma peça e normalmente é sempre ao casino. Algumas professoras disseram que não iam devido a razões monetárias, porque não gostam do estilo da peça ou simplesmente porque não gostam muito de sair.

Depois do almoço a professora Célia ainda se entreteve a fazer renda, disse à estagiária que estão a fazer uma toalha e que são necessários muitos quadrados como o que esta a fazer. A agulha da renda e a linha são finas e o desenho é trabalhado o que implica concentração, boa destreza manual e motricidade fina. É uma professora muito animada e bem-disposta e notou-se uma boa capacidade de memorização, pois de tempos a tempos declamou uns poemas e fez adivinhas. Disse que aquilo tudo vinha nos seus livros de instrução primária quando era criança e por isso decorou-as, e explicou que aquele era o passatempo (ou “entretêm” como lhe chamou) da altura. Enquanto conversou com a estagiária, declamou-lhe os poemas e fez as adivinhas continuou sempre a fazer a sua renda.

A estagiária falou muito também a professora Luciana que partiu as costelas e tem o lado esquerdo paralisado, mas que se recusa a andar numa cadeira de rodas porque não quer perder a mobilidade. Assim desloca-se com a ajuda de uma muleta na mão direita e lentamente vai arrastando a perna esquerda. Disse que tem a vantagem de ser magra e não muito pesada. É possível observar que é uma professora com algum cuidado com a aparência física, devido à maquilhagem, vestuário e acessórios. Falou

com a estagiária muito sobre a história da vida da sua vida, explicou o que aconteceu até ficar paralisada, a sua queda e alguns detalhes da sua vida pessoal e profissional.

Às 16h é a hora do lanche e também a da estagiária se ir embora e enquanto ajudo a professora Luciana a sentar-se devido às suas dificuldades de mobilidade, chega a professora Eva. Esta senta-se na sua mesa e começa a falar com outra professora e conta-lhe um episódio que se passou com a sua colega de quarto. Voltou-se para estagiária disse algumas coisas e começa a falar-lhe da civilização celta. Este povo veio da europa central, eram loiros e altos e ocuparam a Península Ibérica antes dos romanos e já utilizavam o ferro. Como tinha que ir lanchar não falou mais sobre o tema, mas ficou combinado no dia seguinte falarem mais sobre o assunto.

A estagiária desejou bom apetite aos professores e saiu da *Casa dos Professores* já passava das 16 horas.

Anexo B – Observação da interação entre residentes

Quinta-feira

8/9/2015

Apontamento introdutório: os professores decidem se querem ou não ir às sessões de psicomotricidade. O horário das sessões está afixado na sala de estar e não é usual sofrer alterações. Existe também ao mesmo tempo das sessões consulta médica, fisioterapia, cabeleireiro, etc. pelo que o número de participantes pode variar muito de semana para semana. Na sessão que vai ser descrita de seguida não eram esperados tantos participantes, pois não costuma ser hábito.

A sessão teve início às 10 da manhã e começaram por aparecer 16 professores. Estavam um pouco agitados, falavam muito e entre si e tardavam em sentar. Foi necessário que se fosse buscar mais algumas cadeiras, pois a sessão é toda feita na posição de sentados. No geral todos os professores e demonstram entusiasmo.

Quando já todos tinham cadeira a psicomotricista pediu para se sentarem e acalmarem para começar a sessão. Começou por dar o aquecimento e pedir-lhes para rodarem o pescoço. É feita uma demonstração ao mesmo tempo que deu a instrução e a psicomotricista faz todas as atividades que propõe, metodologia que se verifica durante toda a sessão. Os professores repetem a atividade, com mais rapidez e entusiasmo por parte de alguns. A postura mais comum do professor Joel é sempre com a cabeça baixada e por isso tem algumas dificuldades em fazer algumas atividades com o pescoço, principalmente que envolvam o lado esquerdo. O exercício seguinte foi de extensão e flexão do pescoço ao que o mesmo professor acima referido fez com mais dificuldade a extensão do que a flexão.

O exercício seguinte teve como objetivo rodar os ombros. Foi sugerido aos professores para porem a mão no ombro e depois girarem-no, começando pelo ombro direito, o esquerdo e depois os dois ao mesmo tempo. Este exercício é mais complicado para muitos dos professores devido à sua mobilidade reduzida e a professora Jacinta disse para outra “Estás a fazer o exercício mal”. Alguns professores que têm uma melhor mobilidade ajudaram os outros e depois voltaram a fazer o seu. A psicomotricista fletiu o antebraço direito, lentamente para que todos pudessem acompanhar o exercício e depois fez com o antebraço esquerdo. Neste exercício alguns professores ajudaram os outros principalmente na questão da lateralidade: “Não é este braço, é o outro”. Trocaram de braço e repetição o movimento doze vezes. Depois disso, fletiram o pulso direito seguidamente do esquerdo também doze vezes. Uma professora não conseguiu fletir bem o pulso e a que está ao lado ajuda-a, o professor Joel não fez as últimas atividades que envolviam o membro superior porque tem uma tala no antebraço e mão. Depois de fletirem o pulso direito, trocaram para o esquerdo.

Durante a sessão apareceu uma auxiliar de ação direta para medir a tensão arterial a alguns professores, o que fez com que estes não fizessem as atividades, distraísse alguns dos outros professores e o burburinho aumentasse na sala.

Depois desta atividade os professores abriram e fecharam os dedos com força, e mexeram os dedos como se estivessem a tocar piano. Depois disso, foi feita a extensão e flexão dos braços, de forma alternada e a extensão da mão esquerda com a ajuda da outra mão, ou seja, o braço esquerdo está em extensão e a mão direita puxa os dedos da esquerda para trás. Chegou uma voluntária que faz musicoterapia que se junta ao grupo.

Enquanto as atividades são feitas, a tensão arterial continuou a ser medida a alguns professores. Os professores que chegaram à Casa no dia anterior (Idalina e Augusto) aparecem na sala por isso foi necessário arranjar outra cadeira e que se ajustasse o círculo para que todos tivessem visibilidade à demonstração que estava a ser feita pela psicomotricista.

Chegou a professora Natália e uma colega sua e tirou-lhe a mala e ajudou-a a sentar. É notório que alguns professores não falam muito entre si mas que também existem relações de amizade e entreajuda.

A psicomotricista pediu para que os participantes rodassem o tornozelo, primeiro o direito e depois o esquerdo. Alguns professores, como já foi referido acima, têm algumas dificuldades nestas atividades onde a lateralidade esteja implícita. De seguida tocaram com a ponta dos pés no chão e depois com o calcanhar. É ainda pedido para

caminharem sentados no mesmo lugar, ou seja, fazer flexão da coxa, nesta atividade quase todos os professores estão centrados na psicomotricista e não uns nos outros.

Acabou o aquecimento e a psicomotricista começou numa ponta da roda a distribuir bastões coloridos (azul, amarelo ou vermelho) de madeira. A voluntária levantou-se e ajudou a distribuir os bastões, começando na outra ponta da roda. Quando todos tiveram a seu bastão a psicomotricista pediu que fizessem a flexão do braço, repetindo o movimento 12 vezes e de seguida que fizessem a adução e abdução da omoplata, ou seja com o bastão atrás do pescoço fazem a elevação do bastão. Alguns dos professores disseram que lhes doía e a psicomotricista disse para fazerem só até onde se sentiam confortáveis.

Fizeram flexão do tronco com o objetivo de chegar com o bastão aos pés. Os professores incentivaram-se uns aos outros e compararam até onde é que chegou cada um. A psicomotricista volta a dizer para irem até onde conseguem sem se forçar demasiado.

Uma professora chegou à sessão neste momento e como houve uma grande afluência, não havia bastões suficientes pelo que a estagiária deu a uma professora um conjunto de copos de plástico que estavam encaixados embalados que tem a forma de cone na substituição do bastão, mais tarde esses copos foram substituídos pelo bastão da psicomotricista que fez as atividades com uma bengala.

Foi pedido aos professores para colocarem o bastão no chão paralelamente aos seus pés e para estes passaram os pés para a frente e para trás alternadamente sem tocar no bastão. A voluntária acima referida disse a todos os professores para não deixarem de vir às sessões de psicomotricidade e que das próximas vezes até se pode organizar a sala de maneira diferente. Depois trocaram, ou seja, se outrora tinham iniciado com o pé direito, agora o esquerdo iniciava a ir á frente.

A psicomotricista deu instrução para colocarem o bastão perpendicularmente aos seus pés e mantendo o pé esquerdo no mesmo sítio, o direito teve que tocar no chão dos dois lados do bastão sem tocar neste. A voluntária ajudou a professora Alda que está em cadeira de rodas. O professor Augusto olhou para a professora Idalina para ver como fazer e ela reduziu a velocidade com que estava a fazer a atividade. A professora consegue fazer o exercício mais rapidamente que o professor. Trocaram depois de pé sendo o direito que ficava imóvel. Depois juntam as pernas e fizeram o mesmo movimento, mas usando os dois pés.

Quando esta tarefa terminou, os professores puseram o bastão ao lado da cadeira e a psicomotricista pediu muita atenção para o exercício seguinte pois requeria concentração. Explicou que o número 1 representava o braço direito e o número 2 o braço esquerdo. A psicomotricista disse um dos números e esperou que os professores levantassem o braço correspondente. Uma das professoras ajudou outra dizendo “Não é esse, é o outro”. Uma professora como está confundida com o exercício levantou os dois braços o que levou outros a rirem-se.

Depois de algumas repetições a psicomotricista adicionou o número 3 e quatro correspondendo à perna direita e esquerda respetivamente. Alguns professores ajudam os outros, dando pistas, mostrando qual dos membros seria para levantar. Uma professora disse “Reparem que os números ímpares são do lado direito e os pares do lado esquerdo” o que continuo a não ajudar alguns professores. A psicomotricista repetiu os números e o respetivo membro e fizeram o exercício algumas vezes mais.

Posteriormente passaram para o alongamento. A psicomotricista demonstrou a flexão lateral do pescoço para alongarem os músculos do mesmo, inicialmente para o lado esquerdo e depois para o lado direito.

Os professores fizeram o alongamento dos membros superiores com a ajuda do outro, ou seja, o braço esquerdo é puxado contra o peito no cotovelo pelo direito e vice-versa. Voltam a fazer extensão da mão com a ajuda da outra mão, isso é o braço esquerdo está em extensão e a mão direita puxa os dedos da esquerda para trás. De vez em quando eles reclamam uns com os outros por não estarem a fazer bem o exercício.

O exercício seguinte envolveu a coordenação da respiração com os movimentos dos membros superiores. Quando inspiraram elevaram os braços para cima e quando expiram voltam a baixar os mesmos lentamente.

Puxaram ainda a perna direita ao peito durante algum tempo e depois a perna esquerda. Com a perna esticada um pouco à frente (mais ainda com o calcanhar no chão) tentaram chegar com as mãos à ponta dos pés, primeiramente a um pé, depois ao outro e em seguida aos dois pés.

A professora voluntária pôs música e a psicomotricista pediu para que relaxassem os músculos. Fletiram o tronco e deixaram os braços cair até aos pés e depois levantam o tronco lentamente com o intuito de se espreguiçarem. A psicomotricista falou da importância de todos se espreguiçarem pelo menos ao levantar.

No final da sessão os professores beberam água e agradeceram à psicomotricista. A voluntária interveio e disse para todos baterem palmas à psicomotricista porque ela fez um trabalho muito bom.

Depois da sessão a estagiária vai para a sala de estar mais conhecer alguns clientes. O professor César que só se desloca com a ajuda de um andarilho, que tem baixa visão e audição que está sentado no sofá a ver televisão. Aproveitou o fato de estar a passar na televisão a notícia que a equipa de futebol da seleção nacional iria jogar essa noite contra a Dinamarca inicia a conversa com esse tema, perguntou-lhe se ia ver o jogo, em que estádio este se ia realizar e se achava que poderíamos ganhar. Este senhor não convive muito com os outros professores.

A estagiária repara que existiu a professora Elisabete que está sentada sozinha e ouviu esta notícia e começou-lhe a falar do jogo. A professora disse-lhe que a sua filha vive na Dinamarca, mas que não vai ver o jogo, terminando assim a conversa. A estagiária tirou oportunidade de conhecer o país e perguntou-lhe se já visitou o país ao que a professora respondeu afirmativamente. Assim até à hora de almoço conversaram um pouco sobre o país e as experiências que partilharam nele.

Depois de almoço muitos são os professores que vão descansar para o quarto, ficando apenas alguns na sala. A estagiária foi beber café na máquina e aproveitou o momento para falar com duas professoras que estavam na sala a conversar. A conversa não se alongou muito tempo, mas falou com as professoras Luciana e Avelina sobre o almoço, sobre o tempo e sobre o benefício de viajar, encorajando a estagiária a fazer algumas. A professora Avelina saiu da sala, mas estagiária e a professora Luciana continuaram a conversar sobre as notícias que estavam no jornal e a comentá-las. Esta professora devido às suas capacidades físicas senta-se sempre naquela cadeira porque é mais confortável e conversa com as pessoas que se vão sentando por perto.

Depois disso a estagiária juntou-se a duas professoras (Elsa e Patrícia) que estão a jogar crapô. A professora Patrícia repetiu aproximadamente 5 vezes no espaço de 30 minutos que “já conheço a Elsa há muitos anos”, “Já eram amigas antes de vir para a Casa” e que “Já não é a primeira vez que jogávamos crapô”. Durante as primeiras duas repetições a estagiária, que ainda não sabia muito sobre esta professora, perguntou-lhe se davam aulas juntas, se as famílias eram amigas umas das outras até se aperceber que a professora já repetiu o mesmo discurso três vezes e não respondeu às perguntas da estagiária. A professora Elsa olhou para a estagiária algumas vezes quando a outra professora repetiu o seu discurso, dando-lhe a entender que nem tudo o que no discurso estava certo. Ensinaram algumas regras à estagiária sobre o jogo.

Depois da professora Patrícia foi embora e a outra professora explica à estagiária que jogar crapô é a única atividade que interessa à sua companheira de jogo. Que esta foi a forma que arranjou de a estimular social e cognitivamente e também de a acalmar, pois a essa hora a biblioteca estava vazia e este silêncio e concentração permitiam-lhe (à professora Patrícia) relaxar. Disse à estagiária também que tinha desafiado outras professoras a fazerem renda para ocupar o seu tempo, pois vias um pouco sós e assim tinham um passatempo e um tema de conversa umas com as outras. Esta professora encontra-se bem a nível cognitivo e ajuda muito as suas colegas, mostrou-se muito colaborativa, preocupada e também muito independente. Durante o resto do dia é raro vê-la na Casa pois está sempre ocupada com diversas tarefas que tem que fazer, mas participou na sessão de psicomotricidade desse dia.

Anexo C – Observação das interações entre a psicomotricista e os clientes

Segunda-feira

12/9/2015

A sessão teve início às 17h começaram por aparecer 15 professores, dos quais 2 eram do género masculino. Nesta sessão existiam cadeias para todos que estavam já posicionadas.

A psicomotricista começou o aquecimento pediu aos professores para rodarem o pescoço. Foi feita uma demonstração ao mesmo tempo que deu a instrução e a psicomotricista fez todas as atividades que propôs, metodologia que se verificou durante toda a sessão. Os professores repetiram a atividade, com mais rapidez e entusiasmo por parte de alguns. Ainda no aquecimento do pescoço foi pedido para extensão e flexão do pescoço e depois a rotação lateral, exercícios também explicados como “dizer que sim” e “dizer que não”.

A professora Cecília começou a tossir e a psicomotricista perguntou-lhe se queria beber água ao que a professora respondeu negativamente. De seguida foi sugerido aos professores para porem a mão no ombro e depois girarem-no, começando pelo ombro direito, o esquerdo e depois os dois ao mesmo tempo, com objetivo rodar os ombros. Como alguns professores se atrapalharam a psicomotricista parou e disse: “Olhem para mim, mão direita (levantou a mão) no ombro direito (e pousou a mão) e fez o movimento” e levantou-se para ajudar a mesma professora referida anteriormente (Cecília) a fazer a atividade.

De seguida fletiram o antebraço até a mão tocar no ombro 10 vezes, trocaram de braço e depois fizeram com os dois braços alternadamente. Abriram e fecharam os dedos com força, e mexeram os dedos como se estivessem a tocar piano e a professora Cecília foi ajudada pela psicomotricista.

A psicomotricista disse depois aos professores para fletirem o braço e fecharem o punho, enquanto o outro braço estava encolhido e junto ao peito com a mão aberta, o objetivo era coordenar as diferentes posições da mão ao mesmo tempo que trocavam o braço. Nem todos os professores conseguem fazer esta atividade e alguns mantiveram as duas mãos fechadas ou as duas abertas e não conseguem coordenar os movimentos. Rodam depois o pulso direito em seguida do esquerdo e depois de sentido.

Para o aquecimento dos membros inferiores a psicomotricista começou por fletir a coxa com a variante de flexão da perna direita e depois a do outro lado. Fletiu depois o pé direito e o esquerdo. Rodam depois o pé direito, mudaram de sentido e depois fizeram com o outro pé.

A atividade seguinte não foi feita na sessão anterior e consistiu em levantar os calcanhares, apoiando os pés no chão pela ponta dos dedos. A psicomotricista levantou-se e foi ajudar alguns professores. Depois em vez dos dedos no chão o objetivo foi tocar com os calcanhares no chão, repetiram 12 vezes. Fazem depois a flexão das pernas e todos os professores com mais ou menos dificuldades fazem o exercício.

A atividade seguinte envolveu balões o que deixa os participantes sempre entusiasmados. A psicomotricista começou por distribuir os balões e pediu a cada um dos professores para os encherem. Alguns professores conseguiram enche-los e uma delas tenta explicar aos outros como se faz. A psicomotricista também deu algumas dicas de como se enchem os balões e começou a encher os das professoras que não conseguiam, dando-lhe o balão para terminarem de encher. Deu incentivo à professora Rita para encher o balão.

Quando todos os balões estavam cheios e com um nó, a psicomotricista pediu para lançarem o balão ao ar com as duas mãos e disse que este nunca poderia tocar no chão. Para o conseguir alguns professores levantaram-se. Para aumentar a dificuldade a psicomotricista deu a instrução que só poderiam usar a mão direita e por isso houve mais professores a levantarem-se e depois trocaram para a mão esquerda.

Para o exercício seguinte a psicomotricista exemplificou e deu a instrução para apertarem o balão com os abdutores das coxas e depois diminuírem a força aplicada

lentamente. Alguns professores não fizeram muita força com receio de rebentar o balão. Fizeram a mesma atividade, mas com as mãos. A psicomotricista pôs as suas mãos em cima das da professora Cecília e ajudou-a a apertar e a largar o balão para que ela não tivesse medo e mostrou também aos outros professores que o balão não era frágil. A professora mencionada ficou com algum medo, mas depois feliz por conseguir cumprir a tarefa.

Foi pedido aos professores para soprarem o balão para o meio da roda e de seguida o irem buscar. Depois a psicomotricista perguntou a todos se o balão que tinham era o mesmo que tinham anteriormente, fazendo-lhes pensar na cor e forma do balão que tinham antes. Houve duas professoras que tinham trocado o seu balão. Para acabar com a atividade dos balões a psicomotricista pediu para soprarem o balão para o centro da roda para iniciarem o alongamento.

A psicomotricista demonstrou a flexão lateral do pescoço para alongarem os músculos do mesmo, inicialmente para o lado esquerdo e depois para o lado direito. Uma professora tinha algumas dificuldades em fazer a atividade para o lado direito e disse “O lado direito não quer nada comigo”.

De seguida os professores fizeram o alongamento dos membros superiores com a ajuda do outro, ou seja, o braço esquerdo é puxado contra o peito no cotovelo pelo direito e vice-versa. A psicomotricista levantou-se e ajudou uma professora que tinha algumas dificuldades.

Voltam a fazer extensão da mão com a ajuda da outra mão, ou seja, o braço esquerdo está em extensão e a mão direita puxa os dedos da esquerda para trás, descontraindo em seguida. O exercício seguinte, à semelhança da sessão anterior, envolveu a coordenação da respiração com movimentos dos membros superiores. Os braços estavam relaxados ao longo do tronco e quando inspiraram elevaram-nos e na expiração voltam a deixá-los cair. Voltaram a levantar os braços sem dobrar o cotovelo e entrelaçaram os dedos quando ambos se tocavam em cima da cabeça enquanto fazem flexão das pernas. A professora CI, que de manhã tinha ido com a estagiária ao médico fazer uma TAC mostrava-se bem mais animada.

Depois com as pernas esticadas, com os pés a tocar no chão e sem dobrar o joelho, os professores inclinaram o seu tronco com o objetivo de tocar num pé e depois no outro. A psicomotricista chamou a atenção de alguns dos professores que não podiam dobrar os joelhos e para não se forçarem muito, fazendo até onde conseguiriam para não se magoarem. O professor Joaquim disse que “Este exercício não é fácil e é preciso tempo” ao que a psicomotricista respondeu “É preciso tempo e praticar”. Depois

tentaram tocar com as duas mãos nos dois pés. A professora Avelina disse que tinha medo por isso é que dobrava os joelhos. O cozinheiro passou na sala e juntou-se a esta professora ajudando-a e foi-se embora passado algum tempo. Elevaram os braços depois acima das cabeças e depois na posição horizontal.

Todos beberam água que a psicomotricista distribuiu, mas mantiveram-se sentados. A psicomotricista perguntou a todos os clientes de que cor (verde, vermelho, cor de rosa, azul ou amarelo) era o seu balão. Apenas uma professora se engana na cor do seu balão, mas corrigiu prontamente ao mesmo tempo que alguns dos seus colegas. Algumas professoras acertaram nas cores dos seus balões porque a pessoa que estava ao seu lado lhe tinha dito. Durante toda a sessão foram observados os reforços positivos e as pequenas correções que foi dando aos professores.

Finalmente, bateram as palmas e agradeceram à psicomotricista e ela que também lhes agradeceu a sua presença. É notório o respeito e carinho de todos os professores pela psicomotricista, que também é admirada pelo bom trabalho, compreensão, simpatia e amizade. Esta, a estagiária e alguns professores arrumam os balões e a sala.

Anexo D – Consentimento Informado



Universidade de Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana
Licenciatura de Reabilitação Psicomotora



No âmbito do estágio de Aprofundamento de Competências Profissionais, do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, da Faculdade de Motricidade Humana, é necessário a apresentação de um relatório final, no qual seja contemplado a análises de casos.

A análise de caso consiste na documentação da intervenção realizada, sendo necessário a recolha de informação através de observação e da aplicação do Exame GerontoPsicomotor (EGP), para delinear a intervenção e refletir acerca da mesma, tendo em conta os resultados obtidos na avaliação inicial e final.

Assim, vimos deste modo pedir a autorização ao tutor e ao próprio para a recolha de informação através do EGP, bem como a autorização para analisar o caso e expor a análise do caso no relatório. Salienta-se que todos os dados recolhidos servirão apenas par fins académicos, garantindo as condições de anonimato.

Agradecemos desde já a disponibilidade e colaboração.

Estagiária: Sofia da Silva Reis

_____ - _____ de _____

(Residente)

(Tutor)

Anexo E – Plano de Intervenção | Grupo

O Plano de Intervenção, no âmbito da Psicomotricidade, do grupo é constituído pela apresentação síntese dos perfis psicomotores dos cinco participantes, proveniente dos resultados das avaliações Gerontopsicomotora com o EGP, na figura e1, figura e 2, figura e 4, figura e 3, figura e 4, figura e 5, figura e 6 e figura e 7. Segue-se o plano de intervenção propriamente dito que se organiza em três áreas de intervenção: psicomotora; cognição; e sócio afetiva.

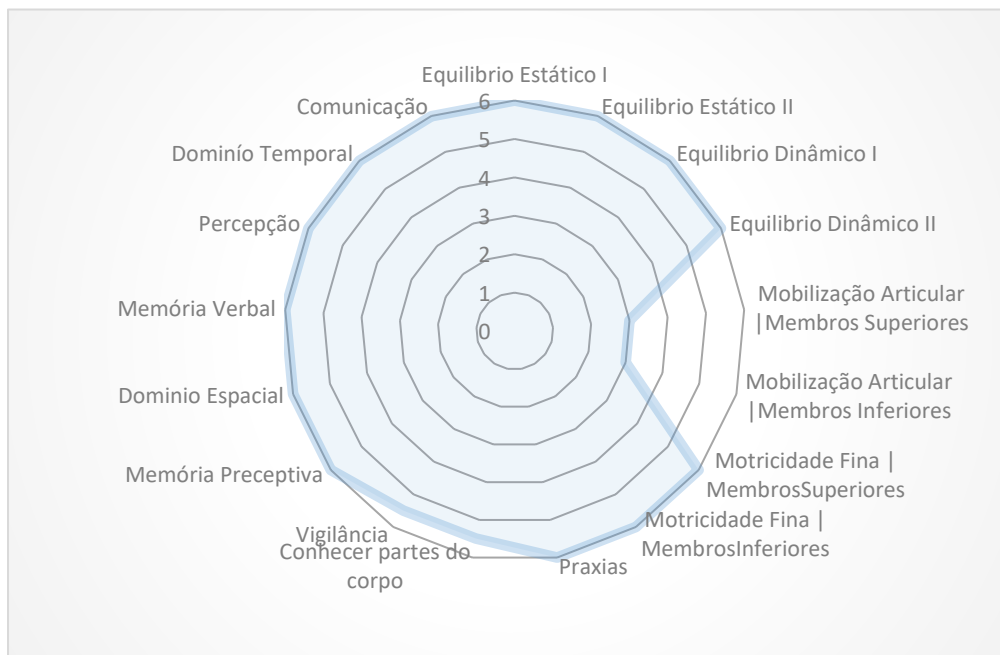


Figura E1 – Perfil Psicomotor do professor Joaquim

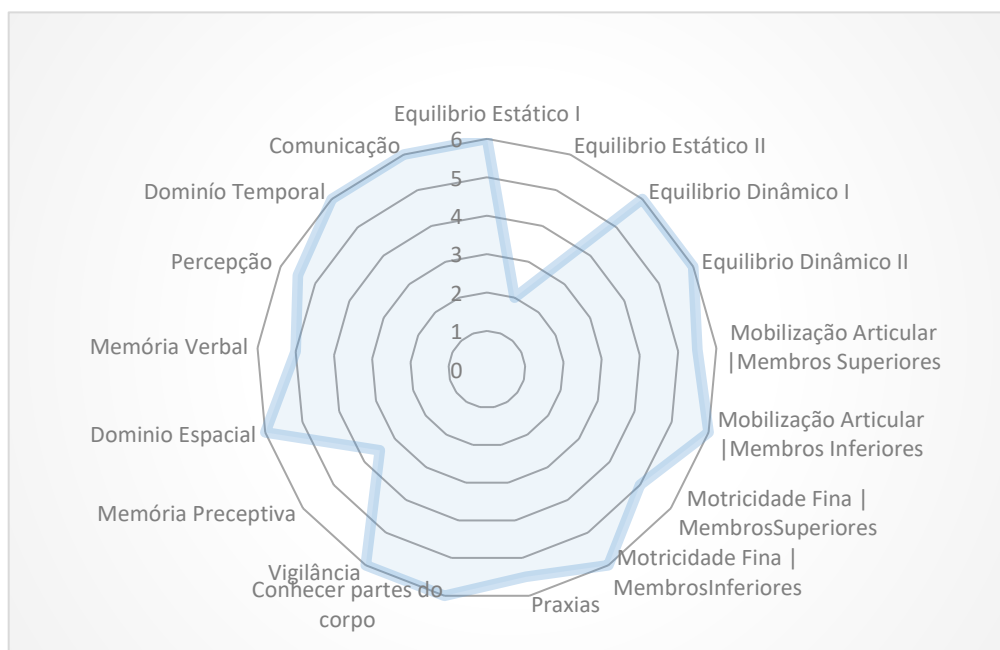


Figura E 2 – Perfil Psicomotor da professora Carmo

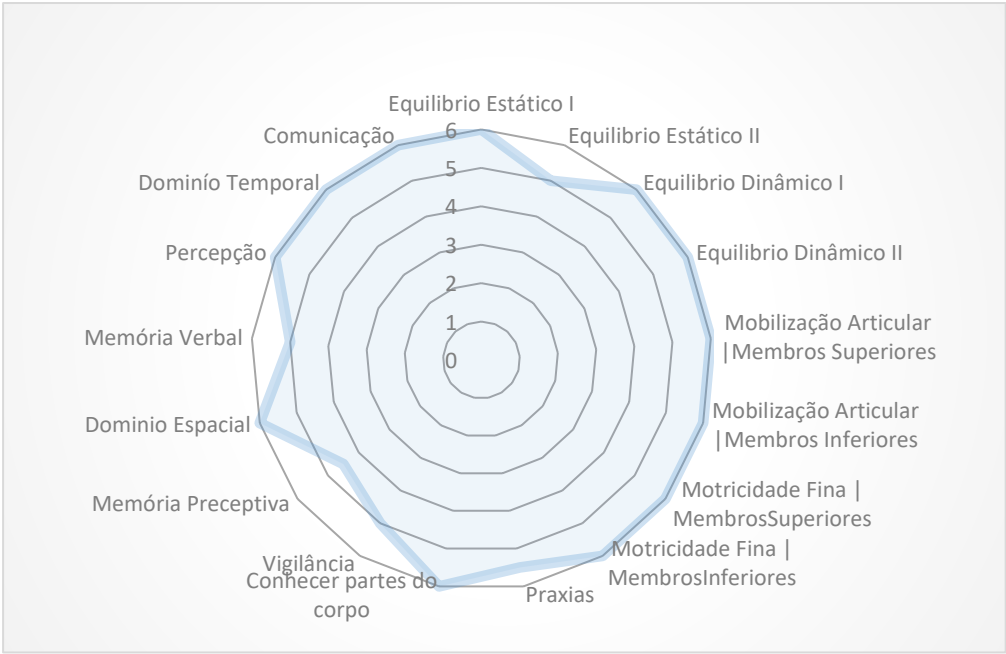


Figura E 4 – Perfil Psicomotor da professora Rita

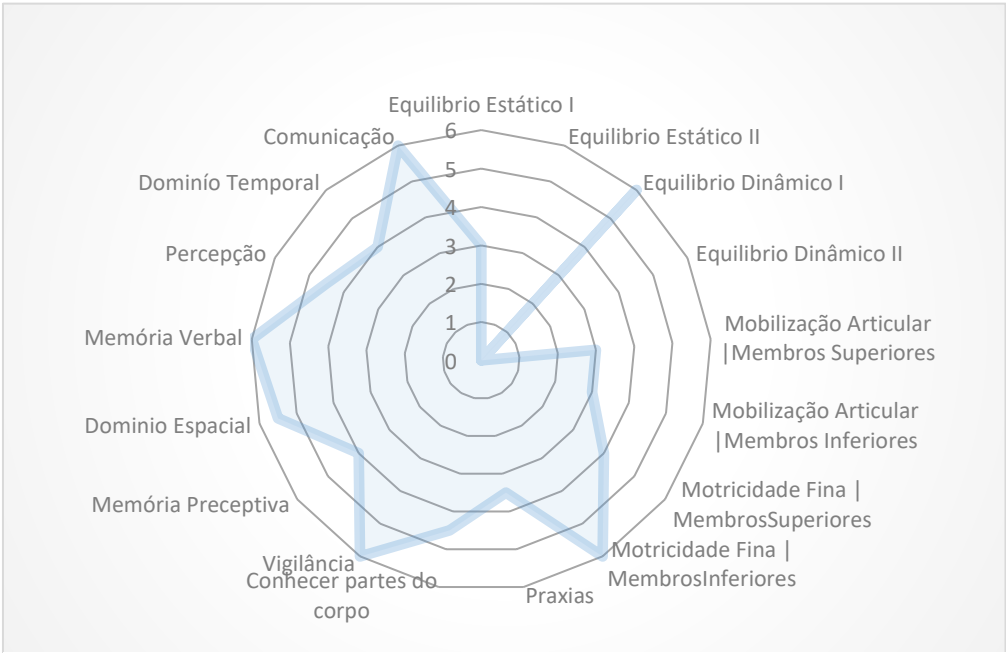


Figura E 3 – Perfil Psicomotor do Engenheiro Artur

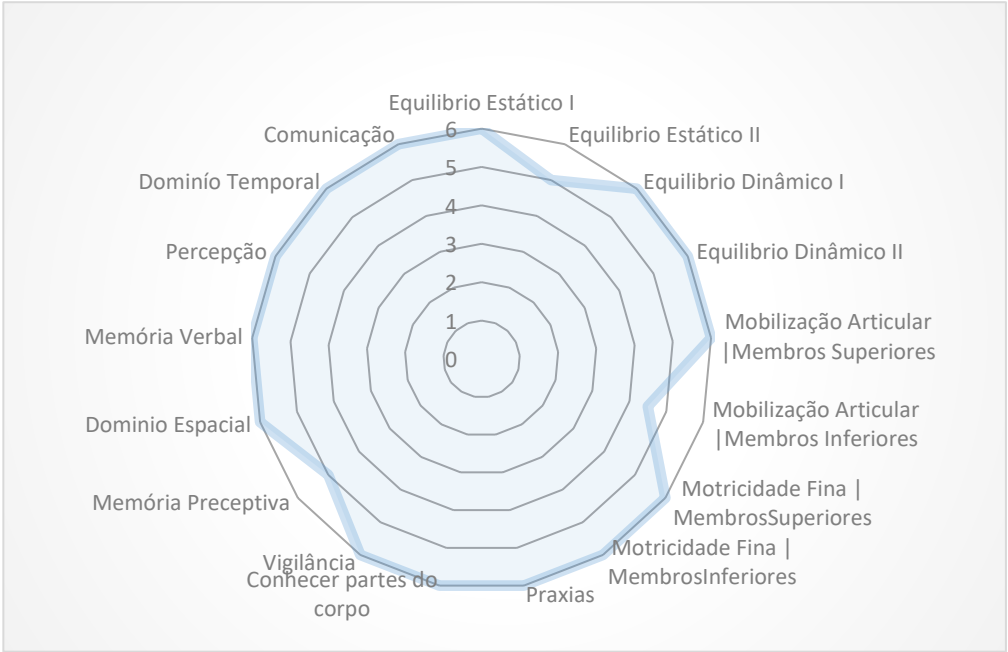


Figura E 5 – Perfil Psicomotor da professora Maria

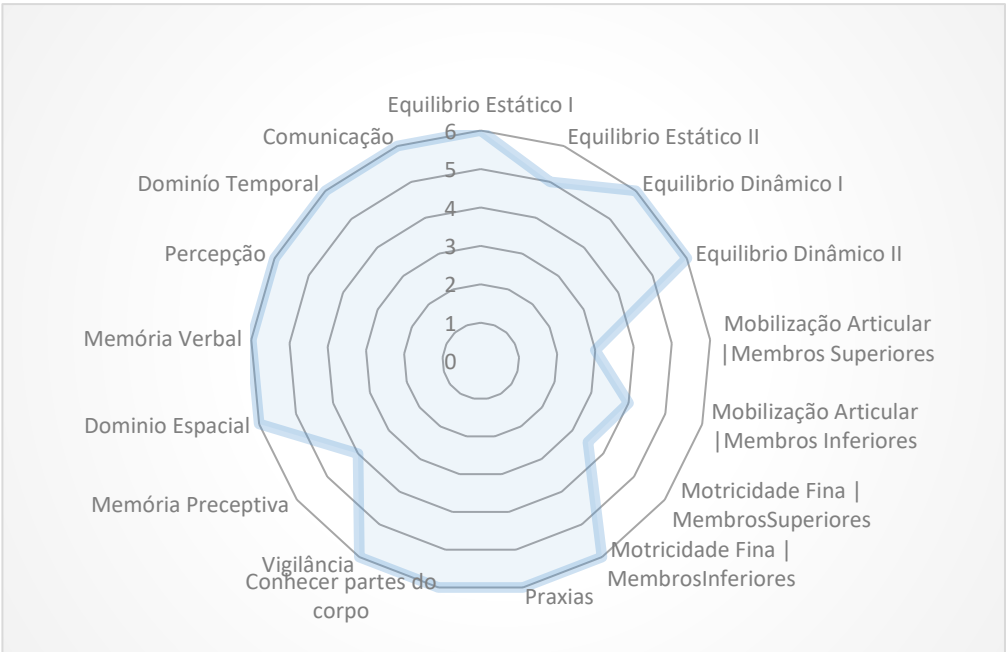


Figura E 6 – Perfil Psicomotor da professora Idalina

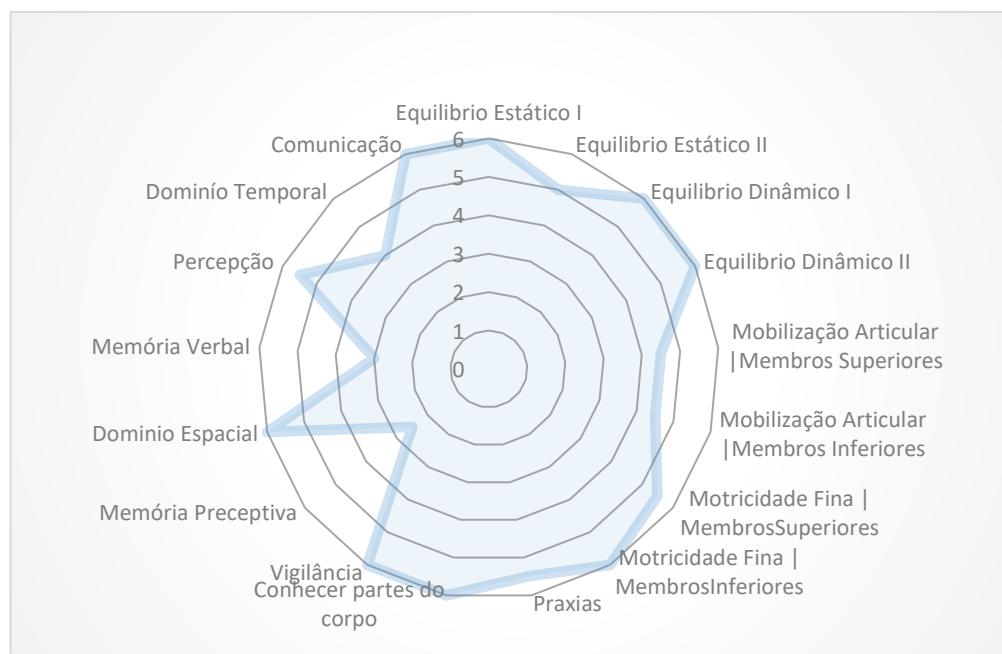


Figura E 7 – Perfil Psicomotor da Professora Elisabete

Plano de Intervenção

A tabela e 1 sintetiza os objetivos, atividades, estratégias e recursos por áreas de intervenção, planeados para o grupo durante o período de 19 de outubro de 2016 a 26 de junho de 2016 pela Psicomotricista Sofia Reis.

Tabela E 1 – Plano de Intervenção do Caso de Grupo

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Exemplos de Atividades
Manter ou melhorar ...		
Área de Intervenção Psicomotora		
...as funções tónico-motoras	<ul style="list-style-type: none"> -...promover a consciencialização do estado tónico das diferentes partes do corpo; -...controlar a respiração; -... acesso à passividade 	<ul style="list-style-type: none"> - Relaxação passiva e ativa (como movimentos de yoga adaptada), -Movimentos articulares associados à respiração -Mobilizações articulares passivas e ativas, -Consciencialização do movimento -Identificação de tensões localizadas
... o equilíbrio	<ul style="list-style-type: none"> - ...melhorar o equilíbrio estático; -...promover o equilíbrio estático com uma menor base de sustentação; - ... promover a longo prazo o equilíbrio dinâmico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Levantar e sentar da cadeira - Exercícios de resistência muscular dos membros inferiores (e.g. extensão da perna) - Distribuição do peso corporal - Fechar e abrir os olhos - Marcha - Movimentos de coordenação de mãos e pés - Jogo da estátua
... a lateralidade	<ul style="list-style-type: none"> - ...melhorar a noção de esquerda e direita; - ...melhorar a noção de cima e baixo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilizações articulares - Seguir ordens (e.g. passar a bola esquerda e direita)
... a noção de corpo	<ul style="list-style-type: none"> - ...promover a dissociação de movimentos; - ...melhorar o conhecimento do corpo em interação com o meio. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilização articular - Movimentos com as partes do corpo de forma dissociada - Jogo de mimica

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Exemplos de Atividades
Manter ou melhorar ...		
		<ul style="list-style-type: none"> - Imitação de movimentos e de posições estáticas - Incentivar a escolha de movimento com diferentes partes do corpo para realização em grupo - Estimular o sentido cinestésico (apontar e nomear partes do corpo); - Explorar posturas e movimentos corporais de forma livre
...as noções espaciais e temporais	<ul style="list-style-type: none"> - ... promover a orientação no tempo e no espaço; - ... estimular a estruturação rítmica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Orientação para a realidade - Coreografias - Movimentos associados a estruturas rítmicas - Atividades de acordo com a época festiva
...a motricidade global	<ul style="list-style-type: none"> - ...a coordenação oculo-manual; - ...a coordenação oculo-podal; - ...a dissociação dos movimentos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Atirar ou pontapear a bola - Bowling - Jogos de pontaria - Jogo de <i>Boccia</i> adaptado - Realizar movimentos alternadamente
...a motricidade fina	<ul style="list-style-type: none"> - ... promover a dissociação e controlo dos movimentos finos das mãos; - ...estimular a manipulação fina de objetos; - ...estimular a coordenação visuomotora fina. 	<ul style="list-style-type: none"> - Abrir e fechar as mãos dissociadamente - Mobilização das mãos e dedos - Manipulação de bastões, bolas e balões - Elaboração de bolas com folhas de jornal para jogar - Tamborilar
Área de Intervenção Cognitiva		
... a capacidade de atenção e concentração	<ul style="list-style-type: none"> - ...estimular a vigilância; - ...aumentar o tempo de atenção nas tarefas e permanecer mais tempo nas mesmas; - ...diminuir a impulsividade; - ... a concentração na tarefa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Complexificar as tarefas progressivamente ao longo da sessão - Imitações de movimentos apenas depois da instrução ser dada - Associar vários estímulos a diferentes movimentos
...as capacidades mnésicas	<ul style="list-style-type: none"> - ...estimular a memória verbal; - ...estimular a memória perceptiva, - estimulação da memória a curto e longo prazo 	<ul style="list-style-type: none"> - Atribuir um significado a uma música e passar o balão para a direita, para a esquerda ou parar consoante o combinado - Lembrar-se da cor do bastão/balão que utilizou - Lançar a bola apenas quando for dito o número que lhe foi atribuído - Repetir os movimentos que utilizou na coreografia / Recordar os movimentos da coreografia - Associar cores a categorias em jogos de mímica - Associar cores e imagens a movimentos - Perguntar que exercícios foram feitos na última semana/primeiro exercício da sessão
Capacidades Sócio Afetivas		
...as capacidades sócio afetivas	<ul style="list-style-type: none"> - ... construção de um grupo de apoio; - ... promover a socialização; - ... promover o espírito de equipa; - ... estimular o diálogo; - ... promover a entajuda 	<ul style="list-style-type: none"> - Jogos a pares - Jogos de competição - Permitir pequenas trocas de ideias - Jogos de equipas - Permitir que as pessoas mais autónomas fisicamente ajudem as que tem mais dificuldades

Anexo F – Exemplo de Plano de Sessão | Grupo

Sessão Grupo Nº 18 (Sessão Lúdica)	Data: 29 de março de 2016	Local: Biblioteca
Clientes: Prof. ^a Rosa, Prof. ^a Carmo, Prof. ^a Avelina, Prof. ^a Natália, Prof. ^a Elisabete, Prof. ^a Daniela, Prof. Rita, Prof. ^a Graça, Prof. ^a Idalina, Prof. ^o Augusto, Prof. Elsa, Prof. ^o Artur, Prof. ^a Julieta, Prof. ^a Célia, Prof. ^a Carolina, Prof. ^o Joel, Prof. ^a Alda, Prof. ^a Célia, Prof. ^a Edite, Prof. ^a Luísa	Duração: 1h	Orientação da Sessão: Psicomotricista Daniela Dias; Estagiária Sofia Reis
Outros participantes: Psicomotricista Daniela Dias; Estagiária Sofia Reis		Incidência: 1x semana

Fase	Atividade	Tempo	Explicação	Objetivos a Manter ou Melhorar...	Material	Estratégias/ Observações
Aquecimento	Aquecimento articular	10'	<ul style="list-style-type: none"> - Rodar o pescoço- nos dois sentidos -Extensão e flexão do pescoço -Rodar os ombros esquerdo e direito – em simultâneo e nos 2 sentidos - Fletir o antebraço, tocando no ombro, alternadamente - Abrir e fechar as mãos - Mexer os dedos como se estivéssemos a tocar piano - Flexão da coxa alternadamente - Flexão da coxa com extensão da perna alternadamente - Flexão plantar em simultâneo - Rodar os tornozelos - Rodar a cintura (em pé para quem puder) 	<ul style="list-style-type: none"> ...mobilização articular e dos segmentos corporais ... a ativação muscular ...a dissociação de movimentos corporais ...a coordenação 	- Cadeiras	<ul style="list-style-type: none"> - Chamar a atenção devido à postura (costas direitas) - Dar feedbacks positivos
	Observações	Esta sessão não teve grande dificuldade por parte dos professores. O Prof. Joel teve sonolento durante toda a sessão e por vezes só fez as tarefas quando era dirigido feedback verbal para ele.				

Fase	Atividade	Tempo	Explicação	Objetivos a Manter ou Melhorar...	Material	Estratégias/ Observações
Desenvolvimento	Movimento articular	15'	<ul style="list-style-type: none"> - Flexão do antebraço e junção do bastão ao peito - Rotação lateral do tronco com os braços em extensão (fixação de um ponto na parede) - Flexão e extensão do antebraço atrás do pescoço - Elevação do braço a 90°, repousa na coxa *com o bastão no chão na transversal: - Membros inferiores devem de estar no lado esquerdo e depois no direito sem tocar no bastão *com o bastão no chão na horizontal: - Alternar os pés frente e trás 	<ul style="list-style-type: none"> ...a mobilidade articular ... a flexibilidade ...a coordenação motora ...a lateralidade ...a coordenação óculomanual 	<ul style="list-style-type: none"> - Cadeiras - Bastões 	<ul style="list-style-type: none"> - Ter em atenção às posturas das costas (repetir para que as costas estejam direitas e ver se as respirações estão a ser realizadas) - Ter em atenção a - Demonstração da atividade - Repetição da instrução - Feedback positivo - Ajuda verbal - Feedback sensitivo
	Observações	<p>O Prof.º Artur conseguiu fazer muitos dos movimentos. São notáveis os seus desenvolvimentos. A Prof.ª Natália teve que ser corrigida pela postura que estava muito inclinada para a frente. A Prof.ª Rosa teve dificuldades em realizar os exercícios com o bastão no chão. A Prof.ª Célia precisou de mais instrução verbal devido à sua baixa visão.</p> <p>A Prof.ª Carmo referiu ter algumas dores quando havia repetição dos movimentos. O movimento mais difícil para todos foi a flexão e extensão do antebraço atrás do pescoço, sendo que o professor Artur não o executou com sucesso</p>				
	Dado dos movimentos	25'	<p>O dado tem 4 cores que representam movimentos:</p> <p>Verde - fazer o V com as pernas</p> <p>Laranja – cruzar os braços nas coxas</p> <p>Azul – extensão dos braços e pernas</p> <p>Castanho - dançar livremente ao som de uma música</p> <p>Inicialmente apenas as duas primeiras cores contam e tem significado. Estas duas cores repetem-se 2 vezes, ou seja, há duas faces do dado com a cor verde e laranja.</p> <p>À medida que os professores vão acertando no significado das cores adicionam-se a cor azul.</p> <p>Posteriormente a cor castanha. As músicas são escolhidas por um elemento do grupo</p>	<ul style="list-style-type: none"> ...a mobilidade articular ...a lateralidade ...a interação intergrupar ...a iniciativa ...a estruturação rítmica ...a atenção ... o controlo da impulsividade ... a gnose auditiva ... a memória a curto prazo 	<ul style="list-style-type: none"> - Cadeiras - Dado - Computador com ligação à internet 	<p>Demonstração da atividade</p> <ul style="list-style-type: none"> - Repetição da instrução - Feedback positivo - Ajuda verbal - Feedback sensitivo - Orientação do movimento caso o professor não sugira nenhum

Fase	Atividade	Tempo	Explicação	Objetivos a Manter ou Melhorar...	Material	Estratégias/ Observações
	Observações		Quando ainda só havia duas cores muitos dos professores souberam responder com sucesso ao movimento que deveria realizar com exceção para o professor Joel, Rosa, Luísa, Alda, Edite e Cecília. Quando foram acrescentados as outras cores e consequentemente, os outros movimentos mais professores sentiram mais dificuldades (a professora Carmo, Rita, Carolina, Avelina e Idalina). Inicialmente os professores não estavam muito motivados para a atividade, mas quando houve um primeiro momento musical ficaram muito entusiasmados e tiveram muitas interações com os pares. A professora Rita, Idalina, Maria, Natália e Julieta dançaram em pé. A cor que todos conseguiram memorizar foi o castanho. Foi visível o espírito de entreajuda entre os participantes.			
Retorno à Calma	Alongamentos	10'	<ul style="list-style-type: none"> - flexão lateral do pescoço - Alongamento dos braços direito e esquerdo - Flexão do braço e flexão da mão direita/ esquerda - Com os dedos cruzados e os braços em flexão alongar as costas - Flexão da coxa até ao peito (com ajuda das mãos) - Extensão da perna - Flexão plantar em simultâneo - Espreguiçar-se 	<ul style="list-style-type: none"> ... a descontração muscular ... a passividade 	- Cadeiras	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstração da atividade - Repetição da instrução - Feedback positivo - Ajuda verbal
	Observações		Esta atividade decorreu normalmente			
	Bem-estar	5'	<ul style="list-style-type: none"> - Questionar os residentes sobre o que foi realizado durante a sessão. - Questionar qual/quais as tarefas que mais gostaram e as que sentiram mais dificuldades 	<ul style="list-style-type: none"> ... a memória a curto prazo; ... a consciencialização das suas dificuldades 		<ul style="list-style-type: none"> - Ajuda verbal - Feedback positivo - Dar pistas
	Observações		<p>Foi perguntado aos professores se se lembravam do significado das cores do dado e a Prof.^a Julieta lembrava-se de duas cores. A Prof.^a Augusta lembrava-se se alguns movimentos, porém não os sabia associar às cores.</p> <p>O Feedback acerca das atividades foi positivo, tendo os participantes referido que o tempo passou num instante e que os exercícios eram interessantes e motivadores</p>			

Anexo G – Valores da Avaliação Inicial e Final | Grupo

Na tabela g 1 encontram-se os Valores médios da avaliação inicial e final global com o EGP. Estes valores deram origem à figura 14.

Tabela G 1 – Valores Médios da Avaliação Inicial e Final Global com o EGP

	Valor médio A.I.	Desvio Padrão A. I.	Valor médio A. F.	Desvio Padrão A. F.
Equilíbrio Estático I	5,571428571	1,133893	5,857143	0,377964
Equilíbrio Estático II	4	2,160247	4,714286	2,360387
Equilíbrio Dinâmico I	6	0	6	0
Equilíbrio Dinâmico II	5,142857143	2,267787	5,785714	0,566947
Mobilização Articular Membros Superiores	4,428571429	1,426785	4,857143	0,748013
Mobilização Articular Membros Inferiores	4,428571429	1,239239	4,785714	1,253566
Motricidade Fina Membros Superiores	5,142857143	1,029332	5,142857	1,180194
Motricidade Fina Membros Inferiores	6	0	5,928571	0,188982
Praxias	5,428571429	0,886405	5,642857	0,377964
Conhecer partes do corpo	5,714285714	0,566947	5,928571	0,188982
Vigilância	5,785714286	0,393398	5,714286	0,755929
Memória Percetiva	4,214285714	1,112697	4,5	1,443376
Domínio Espacial	5,928571429	0,188982	5,785714	0,393398
Memória Verbal	5,285714286	1,112697	5,142857	1,069045
Perceção	5,642857143	0,556349	5,857143	0,243975
Domínio Temporal	5,428571429	0,9759	5,357143	0,852168
Comunicação	6	0	6	0
Legenda: A.I. Avaliação Inicial; A.F. Avaliação Final				

Anexo H – Plano de Intervenção | Luísa

O Plano de Intervenção, no âmbito da Psicomotricidade, da D. Luísa é composto pela apresentação do seu perfil psicomotor, proveniente dos resultados da avaliação Gerontopsicomotora com o EGP na figura h 1, seguindo-se o plano de intervenção propriamente dito. Este organiza-se em dois itens de intervenção: psicomotor e a cognitivo.

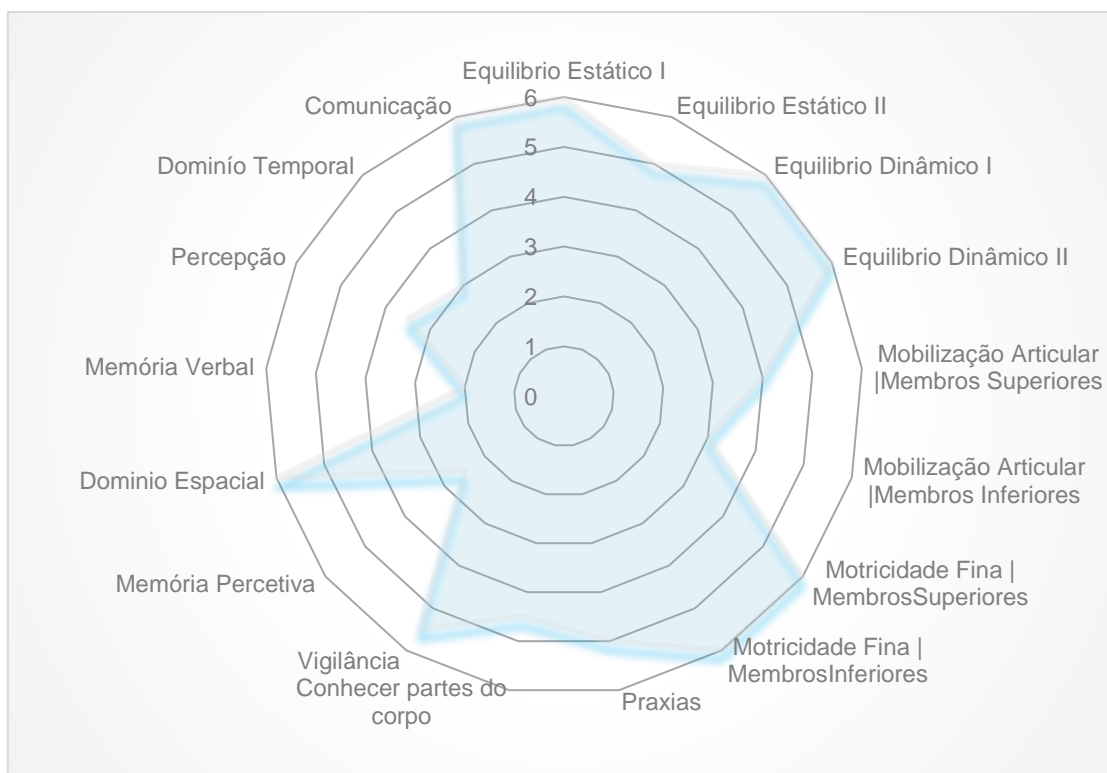


Figura H 1 – Avaliação Inicial da Professora Luísa

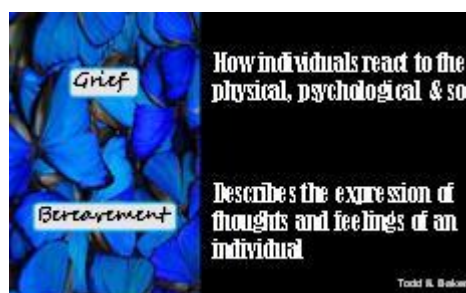
Plano de Intervenção

A figura h 1 contempla os objetivos, atividades, estratégias e recursos, por áreas de intervenção, planeadas para a professora Luísa durante o período que se iniciou a 10 de fevereiro de 2016 e terminou no dia 30 de maio de 2015 pela Psicomotricista Sofia Reis.

Tabela H 1 – Plano de Intervenção da professora Luísa

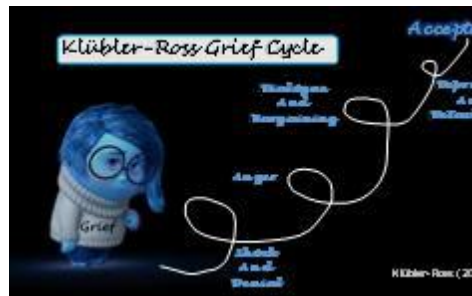
Área de Intervenção Psicomotora		
Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Exemplos de Atividades
Manter ou melhorar ...		
...as funções tónico-motoras	-...promover a consciencialização das diferentes partes do corpo e do seu estado tónico; -...controlar a respiração; -... acesso à passividade.	- Relaxação passiva e de visualização - Técnicas de respiração - Mobilizações articulares ativas e passivas - Identificação de tensões localizadas - Consciencialização do movimento
...conhecer as diferentes partes do corpo	-... promover a consciência corporal; -...identificação e nomeação das diferentes partes do corpo (no próprio e no outro); -...dissociação de movimentos.	- Mobilizações articulares após a instrução verbal (e.g. jogos com bolas onde será referida diferentes partes do corpo em que a bola tenha que tocar) - Reproduções do corpo com diferentes materiais (como puzzles, desenhos) - Imitação de vários movimentos - Nomeação e identificação das partes do corpo - Técnicas de relaxação
...as noções temporais	-...melhorar a estruturação rítmica; - ... promover a orientação no tempo e no espaço; - ... promover a orientação das diferentes atividades que se vão passar ao longo do dia.	- Orientação para a realidade - Sequências rítmicas - Coreografias - Esclarecimentos sobre o que se vai passar ao longo do dia - Organização de textos e imagens por ordem cronológica
Área de Intervenção Cognitiva		
... a capacidade de atenção e concentração	- ... aumentar o tempo de atenção; nas tarefas / permanecer mais tempo nas tarefas; -... diminuir os momentos de dispersão nos vários contextos; - ... a concentração na tarefa.	- Jogos cognitivos - Descobrir as diferenças - Jogos de imitação - Movimentos após instruções
...as capacidades mnésicas	-... melhorar a memória a verbal; - ... desenvolver a memória percetiva.	- Jogos de memória - Relembrar no final da sessão as atividades realizadas - Questionar sobre os objetos que foram utilizados - Questionar a cor do bastão/balão que utilizou - Selecionar o tipo de movimento consoante a instrução -Atribuir um significado um estímulo (e.g. a uma música e passar o balão para a direita, para a esquerda ou parar consoante o combinado) - Lançar a bola apenas quando for dito o número que lhe foi atribuído
...as gnosias	-...o reconhecimento dos objetos - ...nomeação dos objetos	-Identificação de figuras/objetos sobrepostos -Reconhecimento de objetos do dia-a-dia - Jogos de associação (Agrupar os cartões pelas diferentes categorias e dizer o seu nome e categoria a que pertencem, associar um objeto à sua função).

Anexo I – Slides da Comunicação “Grief in Psychomotor Therapy”



DSM-V

	Grief	Major depressive episode
Symptoms	Decrease in interest Occurs in waves Tend to be associated with the disease	At least five of the following symptoms must be present for at least two weeks
Mood	Not low mood and humor	Continuous unhappiness and
Thoughts	Memories Guilt about the disease during the disease	Self-critical Pessimistic rumination End of life
Self-esteem	Preserved	Feelings of worthlessness



Grief in Psychomotor Therapy

Dysphoria

Promoting Positive Affect

Source: Craig, MacPherson, & Alexander (2008)

Grief in Psychomotor Therapy

Dysphoria Pain

It often underlines painful and painful emotions, increasing feelings of anxiety and distress.

From this experience and coping process of mourning, it is possible to gain access to wellness, satisfaction and pleasure and to wellness and responsibility in the individual.

Grief in Psychomotor Therapy

Thoughts of guilty joining the deceased

The movement have a capacity of awareness of emotion through the use of the symbolic process, allows the client to structure the self in different contexts.

Find consolation in their dialogue.

Grief in Psychomotor Therapy

Self-esteem However the attachment theory

Awareness of their own life body

Pleasure activities

Importance of the feelings

Grief in Psychomotor Therapy

Broken of self

Body Experience that provides Body awareness that involve a meaning the symbolic association

Source: (1989) | Page

Methods

I CAN REMEMBER EVERYTHING ABOUT THAT DAY

Questionnaire - adaption of "Instrumento de Avaliação do Luto Prolongado para a População Portuguesa" | **Prolonged Grief Disorder** for the Portuguese Population

Delabre, Coelho & Barbosa

Instrumento de Avaliação do Luto Prolongado

18 questions: Likert scale

0 - Never
1 - Rarely
2 - Sometimes
3 - Often
4 - Always

7 Dichotomy Questions

0 - No
1 - Yes

20 - Permitida reprodução

Method

I CAN REMEMBER EVERYTHING ABOUT THAT DAY

Population:

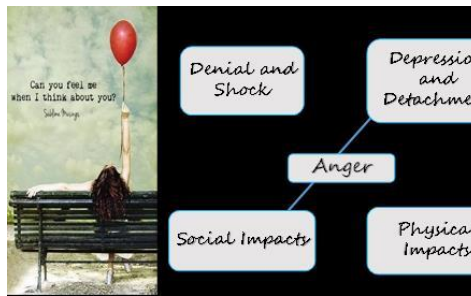
8 individuals

4 with PM therapy

4 without PM therapy

Design & Implement a PM Program

Analysis and comparison of data: SPSS version



Denial and Shock

	Statistics											
	NFW						PW					
	N	Valid	Missing	Median	Mode	Std. Deviation	N	Valid	Missing	Median	Mode	Std. Deviation
1. In the past month, how often have you had a sense of numbness or feeling of detachment from the people you love?	4	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0
2. In the past month, how often have you had a sense of numbness or feeling of detachment from the people you love?	4	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0
3. In the past month, how often have you had a sense of numbness or feeling of detachment from the people you love?	4	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0

Depression and Detachment

	Statistics											
	NFW						PW					
	N	Valid	Missing	Median	Mode	Std. Deviation	N	Valid	Missing	Median	Mode	Std. Deviation
4. In the past month, how often have you had a sense of numbness or feeling of detachment from the people you love?	4	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0
5. In the past month, how often have you had a sense of numbness or feeling of detachment from the people you love?	4	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0
6. In the past month, how often have you had a sense of numbness or feeling of detachment from the people you love?	4	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0

Anger

	Statistics											
	NFW						PW					
	N	Valid	Missing	Median	Mode	Std. Deviation	N	Valid	Missing	Median	Mode	Std. Deviation
7. Do you feel better over your loss?	4	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0
8. Do you feel angry by your loss?	4	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0

Social Impacts

	Statistics											
	NFW						PW					
	N	Valid	Missing	Median	Mode	Std. Deviation	N	Valid	Missing	Median	Mode	Std. Deviation
9. Have I been able to do the things I used to do?	4	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0
10. Do you feel that your life is different now?	4	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0
11. Do you feel that your life is different now?	4	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0

Physical Impacts

	Statistics											
	NFW						PW					
	N	Valid	Missing	Median	Mode	Std. Deviation	N	Valid	Missing	Median	Mode	Std. Deviation
12. In the past 6 months, do you remember of being physically independent?	4	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0
13. Do you feel that your life is different now?	4	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0

Limitations

Many institutions didn't allow us to apply instrument there because it's a sensitive theme.

People don't want to participate because sensitive subject.

Time constrains.

Final assessment of the PM program still not do

"Gone"

The saddest word in the language

We just have predictions about what may happen.

Finally, the experience of loss of beloved is one of the events with more emotional suffering entails.

In spite of we could not demonstrate difference between the two groups it is expected that be after applying the psychomotor program

Thank you for your attention

References

- American Psychiatric Association. (2013). American Psychiatric Association DSM-5 Development. (A. P. Association). Obtido em 14 de 6 de 2013, de http://www.dsm5.org/Documents/Autism_Spectrum_Disorder_Fact_Sheet.pdf.
- Bowlby, J. (1985). *Amor e perda*. São Paulo: Martins Fontes.
- Carr, D., Nesse, R., & Wortman, C. (Eds.). (2006). *Spousal bereavement in late life*. New York: Springer Publishing.
- Costa, J. (2003). *Psicométrica Relacional: A psicométrica do 113*, 43-46.
- Deliberto, M., Coelho, A., Barboza, A. (2011). *Estudo de Adaptação e Validação do Instrumento de Avaliação de Luto Prolongado para a População Portuguesa*. *Acta Médica Portuguesa*, 24(6), 915-942.
- Fonseca, V. (2004). *Psicométrica: uma abordagem multidisciplinar*. *A Psicométrica*, 3, 18-31.
- Kubler-Ross, E. (2000). *Sobre a Morte e o Memento Mori*. São Paulo (SP): Martins Fontes.
- Martins, R. (2001). *Questões sobre a identidade da psicométrica - as práticas entre o instrumental e o relacional*. Em V. Fonseca, & R. Martins, *Práticas em Psicométrica* (pp. 29-40). Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- Maximiano, J. (2004). *Psicométrica e Relação em Psicologia*. *Psicologia*, 1(1), pp. 85-95.
- Pereira, C.B., Bruno, R. V., Duarte, R.T., Matos, M. G. (2014). *O processo de luto inerente à morte da infância à velhice*. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 5(2), 81-92.
- Santos, J. (1995). *Se não Sabes Quem é o teu Deus? Portugal Assina e Alim*.
- Stewart, M., Craig, D., MacPherson, K., Alexander, A. (2001). *Promoting Positive Affect and Diminishing Loneliness: Widowed Seniors Through a Support Intervention*. *Public Health Nursing*, 18(1), 54-63.
- Todd, G., & Baker, B. (1998). *Grief, Mourning, and Bereavement: a guide for the Dying*. Elsevier Science, 6, 311-3.